IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

Anno XVIII — 1902

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1902

Anno XVIII N.° 1.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTORE

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

REDATTORI

Dott. Raffaele Canger (Redattore-Capo)
Rodrigo Fronda, Francesco Del Greco, Giuseppe Angrisani, Raffaele Galdi, Liborio De Cesare
Salvatore Tomasini, Giovanni Esposito, Gaetano Angiolella (Segretario della Redazione).

COLLABORATORI

Prof. Cristiani Andrea, D'Abundo Giuseppe, De Luzenberger Augusto, Fornasari Di Verce Ettore,
Frigerio Luigi, Funaioli Paolo, Grimaldi Andrea, Lombroso Cesare, Sgobbo F. Paolo,
Tonnini Silvio, Virgilio Gaspare, Zuccarelli Angelo.
Dott. Alessi Urbano, Algeri Giovanni, Brugia Raffaele, Codeluppi Vittorio, Giacchi Oscar,
Pianetta Cesare, Pieraccini Arnaldo, Roscioli Raffaele, Rossi Enrico,
Tambroni Ruggiero.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1902

Anno XVIII N.° 1.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTORE

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1902

INDICE

MEMORIE ORIGINALI

RIVISTE

BIBLIOGRAFIE

Mat. Lange

INDICE

PARTE PRIMA

Memorie Originali

RIVISTE

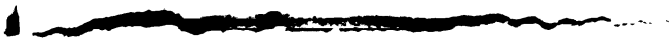
BIBLIOGRAFIE

ERRATA — CORRIGE

Pag. 175 lin. 4

« polinevrite o poliomielite? »

leggi :

« polinevrite o mielite? »

PARTE PRIMA

PSICHIATRIA

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal **Prof. Domenico Ventra**

NOTE ED APPUNTI

DI

ANATOMIA PATOLOGICA IN ALIENATI

PEL

PROF. GAETANO ANGIOLELLA

La scienza moderna, volta alla indagine minuta dell'intima struttura del cervello e degli elementi che lo compongono, non solo in riguardo ai loro reciproci rapporti, ma anche nello interno di ognuno di essi singolarmente, cerca, ed a ragione, in questo studio, che è insieme morfologico e microchimico, la chiave che ne aiuti a spiegare il mistero, o, meglio, i molteplici misteri della funzionalità di quest' organo così complesso e difficile, e, più ancora, delle alterazioni patologiche di detta funzionalità e delle deviazioni dalle leggi che la governano. E la cerca in questo studio appunto perchè é stata muta, sotto tal riguardo, l'anatomia patologica grossolana, e il cervello dei pazzi ha fatto sempre meravigliare gli osservatori per la completa assenza di qualsiasi nota morbosa ed altresì di anomalie congenite degenerative, le quali si riscontrano solo negli idioti, qualche volta nei delinquenti e nei degenerati più gravi, ma mancano del tutto o quasi nel massimo numero di essi.

Però, come ogni esagerazione unilaterale è nociva, valendo sempre a nasconderci e a falsarci l'aspetto del

vero, che è un poliedro a facce tutte del pari importanti, così è nocivo ancora il mettere del tutto in non cale lo studio anatomo-patologico macroscopico, perocchè anche il silenzio di questo esame può essere eloquente ed avere il suo significato e la sua interpretazione, e lo studio non di un organo solo, ma di tutto il cadavere, delle lesioni in rapporto alla psicopatia e di quelle accidentali, dei legami che connettono le prime alle seconde, e così via dicendo, può avere ed ha la sua importanza non solo a stabilire la natura delle malattie mentali e loro diverse forme, ma altresì a chiarire la suscettibilità maggiore o minore dei pazzi a cause morbose svariate, e, quindi, a mettere in luce varii punti importanti per la profilassi, la cura e l'assistenza di questi fra i più disgraziati dell'umana famiglia.

È perciò che non mi è parsa opera del tutto inutile compulsare i registri di più di 450 autopsie di alienati eseguite nel nostro Manicomio, in parte da me, in parte dai miei predecessori nell'ufficio di Settore anatomico dell'Asilo; e i risultati, per quanto modesti, di questo studio, intendo esporre, per vedere se da essi mi sarà dato trarre qualche utile conclusione ed insegnamento.

.·.

Tra le lesioni del cervello va in primo luogo, per frequenza, corrispondentemente alla frequenza della paralisi progressiva, la leptomeningite fibrosa cronica associata a periencefalite, che della paralisi appunto costituisce la nota caratteristica. Su 450 autopsie, detta lesione è stata riscontrata in 108, cioè 94 uomini e 16 donne, in rapporto, appunto, alla incomparabilmente maggiore diffusione che questa malattia ha nel sesso maschile. In

questi 108 casi, troviamo associate alla leptomeningite lesioni svariate e molteplici, così nel cervello come negli altri organi, e cioè:

Emorragia meningea	in casi	7
Emorragia meningea e meningite riacutizzata	»	1
Pachimeningite fibrinosa emorragica. . .	»	1
Edema cerebrale	»	4
Iperemia cerebrale da stasi	»	4
Stasi venosa localizzata nel lobo temporo-parietale destro	»	1
Rammollimento nel lobo parietale sinistro .	»	1
Rammollimento nella zona rolandica sinistra	»	1
Degenerazione grigia dei cordoni posteriori spinali	»	1
Endoaortite deformante	»	36
Insufficienza aortica	»	3
Endocardite ed insufficienza mitralica . .	»	9
Sinfisi cardiaca	»	2
Nefrite cronica	»	28
Nefrite purulenta	»	1
Nefrite emorragica	»	1
Rene atrofico	»	2
Broncopulmonite lobulare	»	46
Pulmonite crupale	»	8
Pulmonite interstiziale cronica	»	1
Pulmonite gangrenosa	»	4
Emorragia pulmonare	»	1
Bronchite cronica	»	1
Tubercolosi pulmonare	»	5
Tubercolosi pulmonare ed intestinale . .	»	1
Pleurite adesiva cronica	»	3
Pleurite essudativa	»	2
Peritonite essudativa	»	1

Catarro intestinale acuto	in casi	1
Catarro intestinale cronico	»	4
Dissenteria catarrale	»	1
Stasi fecale	»	1
Epatite interstiziale cronica	»	4
Cicatrice gommosa nel fegato	»	1
Splenite	»	1
Metrite parenchimale ed endometrite con cisti ovarica a destra	»	1
Flemmone gangrenoso della faccia . . .	»	1
Ascesso freddo nell'arto superiore sinistro .	»	1
Ascesso della 5.ª costola a destra	»	1
Settico-piemia generale	»	2

Meritano speciale menzione i due casi in cui furono riscontrate delle zone di rammollimento. In uno trattavasi di un infermo in cui si era verificato, un anno prima di morire, un attacco apoplettoide seguito da emiparesi a destra, ed all' autopsia si trovò una zona di rammollimento nell' emisfero sinistro, che, cominciando dall' opercolo, saliva lungo le circonvoluzioni rolandiche anteriore e posteriore sin presso la scissura interemisferica. Trattavasi, quindi, di trombosi cerebrale; e, poichè l'infermo non aveva più di 37 anni, e, quindi, non potevasi pensare andasse soggetto a coincidenza della paralisi colle lesioni arteriose proprie della senilità, è logico ammettere che la causa di quella trombosi risiedeva nelle alterazioni delle arterie che sono in rapporto diretto colla paralisi, vale a dire con quella che mi permetto chiamare peri- ed endoarterite paralitica, per la quale, essendosi distrutto in qualche punto l' endotelio vasale, il sangue si coagulò dando luogo al trombo. Il che vuol dire che, per quanto ciò accada di raro, non è esclusa la possibilità che nella paralisi si verifichino lesioni a focolaio in dipendenza del-

le stesse alterazioni vasali che dan luogo alle lesioni diffuse di questa malattia. In un altro si trovò, a sinistra, sulle circonvoluzioni poste al di sopra della plica curva, la sostanza cerebrale giallo-nerastra, fluente, rammollita, ed in mezzo ad essa una cisti, un vacuolo della grossezza di un doppio pisello, ripieno di liquido biancastro ed a pareti anch'esse biancastre. La cisti ed il rammollimento erano superficiali. A destra, all'istesso punto, vi era una zona di rammollimento, dell'estensione di 4 o 5 mm. di diametro, un po' più estesa, cioè, di quella dell'altro lato, ma senza cisti alcuna. Anche qui i rammollimenti dovevano avere la stessa genesi. È notevole che in questo caso vi erano stati in vita degli accessi apoplettiformi, sicchè qualche medico si era indotto a far diagnosi di demenza postapoplettica piuttostochè di paralisi generale; invece dall' autopsia risultò non soltanto la natura della malattia, ma altresì la causa degli accessi suddetti, la quale apparve evidente anche in un altro caso in cui l'infermo morì con un accesso apoplettiforme e l'esame anatomico fè notare una stasi venosa localizzata nel lobo temporo-parietale di destra, in rapporto anch'essa colle lesioni vasali caratteristiche di questa malattia. Il che vuol dire che, se in molti, anzi nella massima parte dei casi, la genesi di tali attacchi non risulta dall'esame necroscopico, sicchè sono essi da attribuirsi ad un disturbo puramente tossico e funzionale, che da alcuni, fra cui recentemente il Bianchi (1), si mette in rapporto colla alterazione della funzionalità renale, vi sono, però, alcuni, di questi casi, per quanto rari, nei quali havvi una causa mate-

(1) Relazione sulla patogenesi, etiologia e forma clinica della paralisi generale fatta all'XI Congresso della Società Freniatrica in Ancona, 1901.

riale, macroscopicamente costatabile, dei suddetti accessi, in relazione non coi processi che dirò accessorii, ma con quelli essenziali di tale malattia. Devesi ritenere, quindi, che questi accessi non hanno sempre la stessa origine, ma sono e possono essere di genesi differente e molteplice.

Allo stesso modo, poi, come clinicamente questa malattia presenta una sindrome fenomenologica così svariata e multiforme da avere indotto varii studiosi a suddividerla in quadri clinici differenti, diversa altresì e molteplice si presenta, mi si permetta la frase, nella sindrome anatomica, perchè le lesioni che ho di sopra enumerate si offrono unite fra loro in combinazioni svariatissime. Così p. es. troviamo:

endoaortite, insufficienza mitralica e bronco pulmonite . . . . in casi 3
endoaortite, insufficienza aortica e broncopulmonite . . . . » 1
endoaortite, nefrite cronica e broncopulmonite . . . . » 12
endoaortite e pulmonite crupale . . . . » 1
endoaortite, rene atrofico e broncopulmonite » 2
endoaortite, nefrite cronica e pulmonite crupale . . . . » 2
endoaortite, rene emorragico e broncopulmonite . . . . » 1
endoaortite, insufficienza aortica e degenerazione grassa dei reni . . . . , . . » 1
endoaortite, nefrite cronica ed edema pulmonare . . . . » 1
endoaortite, sinfisi cardiaca e broncopulmonite . . . . » 1
endoaortite, nefrite cronica, tubercolosi pulmonare e broncopulmonite . . . . . » 1

nefrite cronica, degenerazione grassa del cuore, catarro intestinale cronico, bronco-pulmonite acuta . . . . in casi 1
sinfisi cardiaca, pleurite adesiva cronica . » 1
endoaortite, nefrite e tubercolosi pulmonare » 1
endoaortite, endocardite mitralica, bronco-pulmonite ed edema cerebrale . . . . » 1
endoaortite, endocardite mitralica, tubercolosi pulmonare ed ematoma della dura madre . . . . » 1
tubercolosi pulmonare e broncopulmonite . » 1
endocardite mitralica, nefrite cronica ed emorragia pulmonare . . . . » 1
endocardite mitralica, nefrite cronica e broncopulmonite . . . . » 1
catarro intestinale cronico e broncopulmonite . . . . » 1
endocardite mitralica, nefrite cronica e pulmonite crupale . . . . » 1
degenerazione grigia dei cordoni posteriori, nefrite cronica, endoaortite, endocardite mitralica, broncopulmonite . . . . . » 1
endoaortite, endocardite mitralica, nefrite cronica, splenite, stasi nel fegato, stasi fecale, broncopulmonite . . . . » 1
endocardite mitralica, nefrite cronica, metrite parenchimale, endometrite catarrale cronica, cisti ovarica . . . . » 1
pachimeningite fibrinosa nel primo stadio, endoaortite e broncopulmonite . . . . » 1
endoaortite, endocardite, nefrite cronica, broncopulmonite, e stasi venosa nel lobo temporo-parietale destro . . . . » 1

Ora, son da tenersi qui presenti così la molteplicità

delle lesioni, come la varietà nelle combinazioni loro. La prima costituisce un argomento che milita in favore dell'idea da me ripetutamente sostenuta e testè accettata e patrocinata dal Ford Robertson (1), cioè che la paralisi sia una malattia generale, diffusa non solo a tutto il sistema nervoso, ma altresì a tutto l'organismo, per mezzo del sistema vasale, il quale, contenendo del sangue intossicato, si altera, si infiamma cronicamente, e, quindi, fa alterare i varii organi e parenchimi organici, i cui elementi soffrono nella loro nutrizione, degenerano, si necrotizzano o si infiammano a loro volta. Ed, infatti, non si trova cadavere di paralitico di cui sia leso non dirò il solo cervello, ma il solo sistema nervoso; troviamo, invece, sempre, contemporaneamente, altre alterazioni nei grossi vasi, nei reni, nei pulmoni, nel fegato, e così via dicendo, le quali in parte sono il portato e l'espressione diretta dell'intossicazione, l'effetto dell'azione tossica su quegli organi, e fan parte, dirò, essenziale del processo paralitico, in parte son conseguenze dell'attecchimento di germi patogeni sugli organi medesimi divenuti deboli nei loro mezzi di resistenza, nei loro poteri fagocitarii e battericidi, sicchè, se da un lato son da considerarsi come effetti indiretti, come lesioni intercorrenti ed accidentali della paralisi, hanno, però, rapporto di dipendenza colle alterazioni nutritive cui essa da luogo. Il che è d'accordo cogli studii recenti del Manfredi e

(1) Ford Robertson — Observations bearing upon the question of the pathogenesis of general paralysis of the insane. (The British Medical Iournal, 29 Giugno 1901).

del Perez (1) sulla funzione di filtro batterico che hanno normalmente le glandole linfatiche, e coi fatti dimostrati dal Montesano e dalla Montessori (2), i quali trovarono una abbondante flora batterica nel liquido cefalo-rachidiano dei paralitici, appunto in conseguenza della insufficienza dei gangli suddetti nella loro missione difensiva.

La varietà, poi, delle lesioni può, intanto, mettersi in rapporto colla varia causa della paralisi? non mi pare, e non mi è riuscito colpire un tale rapporto anche riscontrando le storie cliniche degli infermi e mettendo in relazione gli elementi etiologici, in quei casi in cui erano noti, colle lesioni riscontrate al tavolo anatomico; e, del resto, si sa che, anche nel campo clinico, diversi osservatori, pur avendolo tentato, non son riusciti a colpire un rapporto fra i diversi momenti etiologici e le diverse forme cliniche della paralisi. Pare, quindi, piuttosto, a me che la succennata varietà di lesioni possa trovare la sua spiegazione in condizioni individuali, per cui, essendo, nei varii infermi, un organo più suscettibile e più debole dell'altro, più facilmente ammala, si altera nella sua nutrizione, degenera o si infiamma. Quanto al rapporto tra forma clinica e lesioni anatomiche, rilevo un caso di una donna che era in Manicomio dal 1894, facendo notare da principio una semplice forma allucinatoria, a cui successe uno stato demente con lievi fenomeni fisici, disartria e anisocoria. Morì il 6 dicembre 1901 ed all' autopsia si riscontrò una lievissima leptomeningite, la meninge cioè era

(1) Citati nella Relazione del Prof. D' Abundo al X Congresso Freniatrico in Napoli (1899) sulle intossicazioni ed infezioni nella patogenesi delle malattie mentali e delle neuropatie, anche nei riguardi terapeutici.

(2) Idem.

ispessita ed opacata solo a chiazze, qua e là, in pochi punti della sua estensione, mentre pel resto potevasi quasi dire normale. Può, quindi, in questo caso mettersi in relazione la poco gravità clinica e la benignità di decorso della malattia colla scarsa intensità delle lesioni anatomo-patologiche. E già nota poi la difficoltà della diagnosi di paralisi nei vecchi, ed a questo proposito rilevo due casi; in uno dei quali esisteva uno stato di eccitamento maniaco ed in un altro un delirio ipocondriaco con tendenze suicide, sul fondo di un certo indebolimento mentale, che si interpretava come di natura senile. Morirono entrambi con accessi apoplettiformi ed all'autopsia si riscontrarono le lesioni della paralisi generale.

È notevole il fatto che solo in un caso si sono riscontrate lesioni di natura sifilitica, vale a dire cicatrici gommose nel fegato; ed, infatti, è noto che, in generale, non è facile trovare nelle autopsie dei paralitici tracce chiare ed evidenti di sifilide. Il che dai fautori della genesi e natura sifilitica di questa malattia è spiegato ammettendo che si tratti di una lesione parasifilitica, in rapporto, cioè, non diretto ma indiretto coll'infezione sifilitica, vale a dire effetto delle tossine cui da luogo il ricambio materiale alterato dall'azione prolungata dell'infezione suddetta sull'organismo; ma a me pare potrebbe spiegarsi in altro modo, generalizzando, cioè, una idea che io avevo emessa per dare spiegazione di quei casi di paralisi, e non son pochi, in cui non è dato di riscontrare nè sifilide nè alcoolismo nè nessun altro dei fattori che si considerano come le cause più comuni di questa malattia. In questi casi si invoca lo strapazzo, il *surmenage* nervoso; ma come un tale *surmenage* agisca non si sa, mentre è logico immaginare che questo eccessivo lavorio nervoso dia luogo, nelle stesse cellule nervose e cerebrali, alla genesi di prodotti chimici

abnormi o alla insufficiente eliminazione dei normali prodotti del ricambio funzionale, e che sieno appunto questi prodotti che, intossicando cronicamente il sangue, dien luogo alle lesioni vasali, e, quindi, a quelle parenchimali. Ora, è stato notato da molti osservatori essere difficile riscontrare la sifilide o l'alcoolismo o simili come unico elemento etiologico della paralisi, ma che, nella maggior parte dei casi, ad uno di questi si associa quel tale *surmenage* nervoso; e non è strano, quindi, pensare che sia appunto la intossicazione nervosa dirò così, di genesi, cioè, dello stesso sistema nervoso, la causa unica e generale di questa malattia, la quale trova il terreno favorevole d'azione negli organismi già indeboliti per le precedenti intossicazioni da veleni sifilitici o alcoolici o nicotinici o pellagrosi, e simili; ed è, forse, dal combinarsi dei tossici di origine interna con uno di questi ultimi, dirò, esogeni, oltrechè dalle peculiari tendenze e predisposizioni individuali, che deriva la diversità delle localizzazioni e delle lesioni anatomiche.

Noto, fra gli altri, un caso, in cui una paralisi con contrattura dell'arto superiore destro faceva supporre la molto probabile esistenza di una lesione a focolaio, mentre all'autopsia non si riscontrarono che le solite lesioni diffuse, rimanendo, così, anche quella paralisi da spiegarsi con una maggiore intensità delle alterazioni minime cellulari nella regione corticale corrispondente a quell'arto, o da quelle delle fibre nervose periferiche che da quelle cellule derivano per diramarsi ai muscoli dell'arto medesimo.

Noto, infine, un solo caso di paralisi post-tabetica, e dico post-tabetica, risultando dalla storia che i fenomeni spinali avevano aperto il quadro clinico e che in secon-

do tempo si erano manifestati quelli cerebrali (1).

.·.

Viene seconda, per ordine di frequenza, la iperemia della leptomeninge e della sostanza cerebrale, sopratutto corticale, reperto, questo, che fu riscontrato in 66 casi, di cui 52 uomini e 14 donne. Occorre, però, questi casi dividere in varie categorie. Una prima è costituita da quelli in cui detta iperemia rappresenta la lesione essenziale e più importante del delirio acuto, e di questi ne abbiam riscontrati 6 casi, essendo tale malattia, nella sua forma tipica, molto rara nel nostro Manicomio, molto più di quanto mi fosse stato dato vederla nel tempo relativamente breve in cui fui medico alunno nel Manicomio provinciale di Napoli. Una seconda categoria è rappresentata da casi, che abbiamo osservati in questi ultimi tempi, di infermi i quali, o, pochi giorni dopo la loro ammissione in Manicomio, muoiono con fenomeni di collasso succeduti ad una fase di grave agitazione, o, nel mezzo di uno stato di mania cronica o di mania ricorrente o di delirio sensoriale anch'esso o continuo o accessuale, vanno soggetti ad una fase di agitazione maggiore, e, poi, agli stessi fenomeni di collasso; gli uni e gli altri non han feb-

(1) Rilevo con soddifazione come, nella succennata Relazione al recente Congresso di Ancona, il Prof. Bianchi abbia espresso, in molti punti, idee coincidenti colle conclusioni a cui io sono giunto in questa ed in precedenti pubblicazioni, sopratutto riguardo alla genesi della paralisi progressiva ed alla parte che in essa rappresenta la sifilide. Anche il Bianchi, infatti, crede questa malattia effetto di una autointossicazione per *surmenage* nervoso, ed anche nelle autopsie di paralitici, eseguite nel suo Manicomio dal Prof. Armanni, lesioni sifilitiche non se ne sono riscontrate quasi mai.

bre, o l'hanno transitoria o lievissima, ma, intanto, all'autopsia lascian vedere un' iperemia cerebrale dello stesso genere ed intensità di quella che si riscontra nei casi tipici di delirio acuto, accoppiata a lesioni iperemiche in altri organi, nel rene, cioè, nel pulmone, nel tubo gastro-enterico, perfino nella milza, che inducono ad ammettere un'infezione generale, precisamente come accade nelle autopsie di delirio acuto. Trattasi di forma atipica di questa malattia in alcuni casi, ed in altri del sopravvenire episodico di essa durante un'altra psicopatia? È logico supporlo, perocchè gli stessi Bianchi e Piccinino ammettono che il bacillo da loro riscontrato non si trova che nei casi tipici, mentre in altri la stessa o una somigliante sindrome fenomenica può essere il prodotto di batterii o forse di simbiosi batteriche diverse; e, d'altra parte, nel corso di altre psicopatie, che oggi si considerano, per lo meno, autotossiche, non è difficile possa verificarsi o una riacutizzazione tossica o l'invasione dell'organismo da parte di batterii o provenienti dall'esterno o abitanti nell'organismo stesso in quello stato che dicesi di microbismo latente, invasione la quale determina la maggiore e più grave agitazione e, poi, il collasso e la morte. In ogni modo, tali casi sono degni di considerazione e meriterebbero formare obbietto di speciale studio.

Una terza categoria è rappresentata da casi in cui l' iperemia è in rapporto con malattie infettive in altri organi; una quarta da quegli epilettici che muoiono durante un accesso o, peggio ancora, durante uno stato epilettico, ed una quinta, infine, in cui si tratta di iperemia passiva in rapporto con vizii cardiaci o con condizioni di generale debolezza organica, che si associano, naturalmente, anche a difetto delle forze del cuore.

Facendo, poi, l'analisi di questi casi secondo le lesio-

ni che si accompagnano all'iperemia meningo-encefalica, troviamo, nei 6 casi di delirio acuto:

in 1 iperemia e piccole emorragie nel pulmone, iperemia intestinale;

in 1 tubercolosi pulmonare ed interstiziale, rene grasso;

in 1 tumore di milza e catarro intestinale acuto;

in 1 nefrite cronica ed iperemia pulmonare;

in 3 broncopulmonite lobulare acuta.

Nei casi della seconda categoria (delirio acuto atipico):

in 1 iperemia intestinale;

in 1 pulmonite crupale;

in 2 degenerazione grassa del cuore, del fegato e dei reni, broncopulmonite acuta;

in 1 epatite cronica e broncopulmonite acuta;

in 1 iperemia pulmonare ed intestinale;

in 1 endometrite acuta (era donna sgravata da pochi mesi), gastrite acuta, iperemia cerebrale.

Nei casi del terzo gruppo:

in 4 pulmonite crupale;

in 4 broncopulmonite lobulare;

in 1 broncopulmonite lobulare diffusa, suppurata all'apice destro;

in 2 broncopulmonite lobulare e tumore splenico (infezione influenzale);

in 1 pleurite acuta;

in 1 settico-pioemia da eresipela gangrenosa di un arto;

in 1 tifli-peritiflite e peritonite purulenta;

in 1 calcolosi biliare e broncopulmonite;

in 1 cirrosi atrofica del fegato, endocardite mitralica e broncopulmonite.

Negli epilettici:

in 3 congestione pulmonare;

in 1 congestione pulmonare con piccole emorragie, iperemia intestinale;

in 1 cisti nel lobo frontale destro ed iperemia pulmonare;

in 2 edema cerebrale;

in 2 edema cerebrale e nefrite cronica;

in 1 endocardite mitralica e tricuspidale, ipertrofia cardiaca, rene da stasi, broncopulmonite acuta;

in 1 endocardite mitralica ed endoaortite, ipertrofia cardiaca, iperemia ed emorragie pulmonari;

in 1 sinfisi del pericardio;

in 2 endoaortite, aderenze pleuriche, nefrite ed iperemia pulmonare;

in 1 endocardite mitralica, endoaortite, ipertrofia grave del cuore, indurimento bruno del pulmone, rene da stasi;

in 1 endoaortite ed endocardite mitralica, pulmonite crupale a sinistra;

in 1 antica frattura del cranio e congestione pulmonare;

in 1 nefrite cronica ed iperemia pulmonare.

Negli ultimi, infine (stasi):

in 3 edema cerebrale;

in 4 edema cerebrale ed ipostasi pulmonare;

in 1 edema cerebrale, ateromasia diffusa e degenerazione grassa del cuore;

in 1 edema cerebrale ed insufficienza mitralica;

in 1 edema cerebrale e nefrite cronica;

in 1 edema cerebrale, nefrite cronica e degenerazione grassa del cuore;

in 1 edema cerebrale e pulmonare, nefrite cronica;

in 1 edema cerebrale, nefrite cronica, broncopulmonite acuta;

in 1 edema cerebrale, nefrite cronica, bronco-

pulmonite bilaterale e gangrena in un pulmone;

in 1 endocardite mitralica, iperemia intestinale, broncopulmonite;

in 1 nefrite cronica, iperemia intestinale, broncopulmonite acuta;

in 1 ristrettezza congenita dell'aorta e dell' orifizio aortico, elmintonosi.

Dai quali dati si può ricavare che nel delirio acuto sono, come si sa, acccoppiate all' iperemia cerebrale le note di una generale infezione, salvo qualche lesione che può accidentalmente coincidere, come in un caso la tubercolosi; che lo stesso accade nel secondo gruppo, che abbiam detto di forme spurie od episodiche di delirio acuto; mentre nel terzo si tratta, per lo più, di malattie pulmonari acute che si accompagnano a grave iperemia meningo-encefalica; e che negli epilettici molto spesso la morte per epilessia durante lo stato accessuale si verifica quando l'organismo è malandato, per più o meno gravi lesioni in organi di primaria importanza, come il cuore, i reni, i pulmoni; ond' è che talvolta si trovan solo le note della asfissia, come congestione cerebrale e pulmonare, piccole emorragie nel pulmone, iperemia intestinale, ma molte altre volte tali note si associano a lesioni croniche, come endocardite mitralica, endoaortite, sinfisi del pericardio, nefrite cronica, estese aderenze pleuro - pulmonari e simili, le quali ne spiegano come l' organismo non abbia potuto compiere lo sforzo respiratorio necessario nell' accesso nè sopportare l' accumulo di tossine e di acido carbonico che in quei momenti si verifica.

Degno di nota è un caso, in cui, oltre alla iperemia diffusa meningo-encefalica, in rapporto collo stato epilettico, che fu la causa ultima della morte dell' infermo, si riscontrò la dura meninge notevolmente ispessi-

ta ed aderente alla sottostante pia in corrispondenza della parte superiore della prerolandica sinistra, dove, appunto nella pia, si notava un'emorragia intrameningea. Aprendo, poi, il cervello, si trovò, nella spessezza del lobo frontale destro, un corpo della grossezza di una volta e mezzo una noce comune, aderente, per lavorio cirrotico, alla sostanza bianca, stridente sotto il taglio e composto di una capsula connettivale fibrosa avente per contenuto una poltiglia calcarea color mattone. Evidentemente si trattava di una vecchia cisti emorragica calcificata. Or l'infermo aveva una cicatrice sulla bozza frontale destra, e dalla storia si apprendeva che all'età di 8 anni riportò a quel punto una ferita lacero-contusa per una sassata, ferita la quale suppurò non solo, ma gli produsse delirio e coma, che fecero pensare alla possibilità di una meningite traumatica. Dopo circa 6 mesi cominciò a notare offuscamento della vista, che a poco a poco perdè totalmente. Non tardò molto e si verificarono in lui accessi convulsivi epilettici, poi seguiti da stati di agitazione psichica che lo condussero al Manicomio. Ora, è chiaro che allora si produsse per contraccolpo, nel momento del trauma, un'emorragia grave ed intensa nell' interno del lobo frontale, che, insieme alla probabile leptomeningite acuta reattiva, fu causa dello stato grave momentaneo dell' infermo, e che poi, dando luogo ad una flogosi interstiziale diffusa, come io ho dimostrato in un caso simile poter avvenire dietro lesioni localizzate sopratutto traumatiche, ha prodotto l' interruzione delle vie ottiche e, quindi, l' amaurosi, e poi l' irritazione delle zone motrici, donde l' epilessia. Il che dimostra ancora una volta come le lesioni localizzate possano avere per effetto una fenomenologia complessa, che non è in rapporto semplicemente colla abolita o le-

sa funzionalità della regione direttamente interessata.

In questi ultimi tempi, poi, mi è stato dato osservare un caso importante in persona di un epilettico, antico inquilino del Manicomio, il quale, entrato in infermeria per stato epilettico, fè notare una completa emiplegia a destra, e morì in seguito a stato comatoso, febbre, respiro stertoroso e di Cheyne-Stokes, sì da indurre a far diagnosi di emorragia cerebrale, la quale, del resto, era benissimo spiegata dall'età dell'infermo, che oltrepassasava i 70 anni. Ebbene, al tavolo anatomico non si trovò altro che una iperemia leptomeningo-encefalica diffusa, senza ombra di lesione a focolaio, mentre notavansi, poi, estese aderenze pleuriche bilaterali, broncopulmonite a destra, endocardite mitralica, endoaortite ed ipertrofia del ventricolo sinistro. Vuol dir, dunque, che trattossi solamente di uno stato epilettico, e che conseguenza di questo fu la emiplegia. Il meccanismo intimo di tale produzione non lo conosciamo di certo; però, poichè è caratteristico degli epilettici lo squilibrio dell'energia nervosa, è supponibile che tale squilibrio, nel caso nostro, si sia accentuato al punto da dar luogo alla perdita, alla assenza completa di tale energia in un territorio corticale, e, quindi, alla perdita della motilità nel corrispondente territorio innervato. Come, dunque, si possono avere negli epilettici convulsioni parziali, jaksoniane senza lesioni localizzate [Seppilli (1), Ventra (2)], così possonsi avere, anche senza localizzazioni, acinesie diverse fino alla paralisi completa.

---

(1) Seppilli — Studio anatomo-clinico e dottrina intorno all'Epilessia di origine corticale (Rivista Sperimentale di Freniatria, 1886. f. II).

(2) Ventra — Sul valore semiologico dell'epilessia jaksoniana (Manicomio moderno, 1888).

*
* *

L'anemia cerebrale non l'abbiàmo riscontrata che poche volte, in rapporto con condizioni di anemia generale, con morbi cronici esaurienti, tra cui noto a preferenza la tubercolosi nel pulmone o in altri organi o contemporaneamente in organi diversi. Quanto vi possa, quindi, essere di vero nel concetto, che direi tradizionale, dell'iperemia del cervello nelle forme di eccitamento e dell'anemia in quelle di depressione, non sarei in grado di affermare, giacchè l'iperemia di cui ho testè parlato e che si riscontra in alcuni individui morti durante una grave agitazione è da mettersi piuttosto in rapporto con uno stato infettivo - tossico, e gli individui morti durante fasi acute di forme depressive, malinconiche o confusionali, lascian vedere all'autopsia stati diversi cerebrali a seconda delle malattie che ne causarono la morte, iperemia attiva, cioè, se muoiono per pulmonite crupale o influenzale o simili, iperemia da stasi se per lesioni cardiache, anemia se per tubercolosi o altro morbo esauriente.

*
* *

Troviamo registrati 11 casi di atrofia senile del cervello, 5 uomini e 6 donne, dei quali:

1 con ateromasia diffusa ed edema cerebrale;

1 con ateromasia, idrocefalo esterno e dissenteria catarrale cronica;

1 con ateromasia diffusa, idrocefalo esterno, enfisema pulmonare ed ipertrofia cardiaca;

1 con ateromasia diffusa e catarro intestinale cronico;

1 con ateromasia e pulmonite crupale;

1 con ateromasia e rene cirrotico;

1 con ateromasia diffusa e bronchite cronica, cistite ed endometrite cronica;

1 con stenosi aortica ed insufficienza mitralica;

1 con ateromasia diffusa, nefrite cronica, pleurite cronica ed ipostasi pulmonare;

1 con degenerazione grassa del fegato e dei reni e pulmonite ipostatica.

Da queste scarse notizie non è possibile farsi un concetto su di una quistione molto importante, se, cioè, vi sia differenza alcuna fra l'involuzione senile fisiologica e quella patologica. Clinicamente tale differenza esiste, e le frenosi senili, per quanto abbiano fondamento in una fase fisiologica dell'organismo, son da considerarsi come indizii di una maniera abnorme di compiersi di questa fase, allo stesso modo che le pazzie della pubertà e quelle della menopausa sono espressioni della anormalità di queste altre due fasi della vita, le quali, in condizioni normali, dan luogo solo a lievi e limitati disturbi nervosi. Or questa differenza ha sua radice soltanto nella diversa costituzione e temperamento organico, nel diverso dinamismo chimico-molecolare, dirò così, o si manifesta altresì con differenze nel quadro e nelle modalità di quelle alterazioni anatomiche, macro - e microscopiche, che sono espressioni, cause ed effetti insieme, di quei mutamenti che nella senilità si verificano? È questa una quistione che mi sembra finora poco studiata e degna, invece, di considerazione, ma sulla quale, per ora almeno, non posso esprimere giudizio alcuno.

∴

È noto essere rarissime, nei malati di mente, le lesioni a focolaio del cervello, e noi non abbiamo riscontrati che i seguenti pochi casi.

Troviamo, cioè, 6 casi di emorragia cerebrale, e tutti in uomini, in uno dei quali alla emorragia accompagnavasi una leptomeningite acuta, in 1 una broncopulmonite bilaterale ed in 1 una pleurite tubercolare. È notevole un caso di un epilettico, in cui l'emorragia era avvenuta in un glioma localizzato nel lobo frontale destro, e si riscontrò, inoltre, endocardite mitralica, nefrite e pleurite cronica, edema pulmonare.

Registriamo 6 casi di rammollimento cerebrale, 4 in uomini e 2 in donne, oltre quello ricordato in un paralitico; due di rammollimenti multipli in epilettici, uno, cioè, in un epilettico semplice, l'altro in un idiota epilettico e sordomuto, ed un terzo di rammollimenti altresì multipli, cioè nelle circonvoluzioni dell'insula, nelle pareti del 3° ventricolo, dalla coda del nucleo caudato alla faccia superiore del talamo ottico a destra, in una donna affetta da frenosi senile a forma melanconica all'età di 72 anni e morta in Manicomio un anno dopo l'inizio della psicopatia, e in cui all'autopsia si trovò, oltre ai suddetti rammollimenti, un osteoma della dura madre nella regione parieto-occipitale di destra, catarro intestinale cronico, broncopneumonite cronica e nefrite cronica riacutizzata che determinò la morte per uremia.

Trovammo un rammollimento del corpo striato e della capsula interna di sinistra in una donna di 50 anni circa affetta da lipemania delirante passata a demenza.

In un altro trattavasi di individuo venuto in Manicomio il 9 Marzo 1893 senza notizie anamnestiche; soltanto le guardie che l'accompagnavano dicevano che l'infermo soffriva da parecchi anni di convulsioni di cui si ignorava la natura, e che da 8 giorni prima, dopo uno di questi accessi, era divenuto afasico. In Manicomio andò soggetto dapprima ad accessi convulsivi epilettici, succedentisi ad intervalli di pochi minuti e seguiti da paresi dell'arto superiore ed inferiore di destra, con movimenti convulsivi nei muscoli mimici dello stesso lato. Seguì, dopo due giorni, uno stato di grave agitazione con grida inarticolate, in mezzo alle quali si comprendeva solo qualche parola, come: *o Gesù, o Gesù,* a cui successe un intenso collasso che ne cagionò la morte. Alla autopsia si riscontrò un rammollimento della 2.ª e 3.ª circonvoluzione frontale e delle due rolandiche di sinistra; esisteva, poi, aneurisma dell'aorta, e, quindi, tale rammollimento dovea considerarsi di natura embolica. In un altro caso trattavasi di una frenosi ipocondriaca su fondo senile, ed, essendo morto l'infermo in seguito ad un attacco cerebrale, si trovò, insieme ad una pleurite purulenta, una zona di rammollimento fra il lobo occipitale e il temporale di destra, estendentesi in dentro fin quasi sui gangli della base ed interessante la capsula interna ed i peduncoli cerebrali.

Registriamo due casi di ascessi; uno nel lobo frontale sinistro, in vicinanza del solco interemisferico, occupante le parti alte della 2.ª e 3.ª circonvoluzione frontale, in cui si riscontrava ancora endocardite mitralica, fegato e rene da stasi, broncopulmonite lobulare; ed era questo un caso importante, perchè trattavasi di un epilettico in cui si verificarono fenomeni di paramioclono multiplo; ed un altro di ascesso nel cervelletto destro

per otite purulenta e proiettili multipli nel cranio, che morì per broncopulmonite lobulare; era anche questo un epilettico, e non mi ci soffermo perchè costituì oggetto di studio speciale, comunicato altresì al Congresso Freniatrico di Napoli, pel nostro Direttore Prof. Ventra (1). Accenno soltanto che si trovarono due proiettili, i quali, penetrando nella bozza frontale di destra, con direzione obbliqua dall' alto in basso, d' avanti indietro e da destra a sinistra, avevano scavato un canale prima nel lobo frontale destro e poi nel sinistro, andando a poggiarsi, nello spessore della dura meninge, sull'ala dello sfenoide, a fianco al lobo olfattivo dello stesso lato; ed è importante la circostanza che questo canale non si chiuse, ma permase rivestendosi nell'interno di una parete connettivale.

Venendo ai tumori del cervello, noto tre casi di gliomi, a cui si deve aggiungere quello già accennato di un epilettico con grave emorragia nel glioma medesimo, in uno dei lobi frontali; in questi due la forma clinica era quella della demenza, senz' altro.

Noto uno di questi due casi, in cui il glioma era localizzato nel lobo occipitale sinistro, ed in vita eransi rilevati, oltre al quadro della demenza, amaurosi dell'occhio destro, andatura atassica tipicamente cerebellare e ricorrenti accessi epilettiformi; l' infermo morì per nefrite cronica riacutizzata e broncopulmonite lobulare. In un caso di una isterica morta a 35 anni per tubercolosi pulmonare e in cui si riscontrò, negli ultimi due mesi di vita, una emiplegia al lato destro, l' autopsia fè notare un tubercolo superficiale nella corteccia del lobo

(1) Ventra — Sulla fisiopatologia dei lobi frontali — (Manicomio moderno, 1899).

temporo-sfenoidale di sinistra, che anche qui avea prodotto l' emiplegia non direttamente, ma, dirò così, per influenza indiretta, cioè pei disturbi in zone vicine corticali o lungo il decorso delle fibre che da queste emanano. Degno di considerazione è un caso in cui vi erano non meno di 10 cisti da echinococco, di grandezza varia, da quella di un acino di miglio a quella di una fava, alcune contenenti degli scolici, altre a contenuto fibroso o calcificato, situate in punti varii, p. es. una all' apice della circonvoluzione frontale ascendente di destra, una nel mezzo della 2.ª frontale, una all' apice della 2.ª temporale, una nella circonvoluzione parietale inferiore, una alla base del lobo occipitale, una all' uscita del nervo oculo-motore comune di destra, una nella testa del nucleo caudato, una nel verme superiore del cervelletto. É interessante che tutto questo era accompagnato da una lepto-meningite acuta diffusa, e che l' individuo fu affetto da una forma acuta di grave eccitamento maniaco, durata appena due mesi e morì con sintomi meningitici; ed è importante pure che la malattia mentale fu preceduta da un catarro gastro-intestinale. É possibile, quindi, mettere un rapporto fra questo catarro e l' invasione dei cisticerchi nel cervello, e fra questa invasione e lo sviluppo della psicopatia; come si intende agevolmente che dalla presenza di questi ultimi fu prodotta la leptomeningite che causò la morte dell' infermo. In una donna affetta da epilessia jaksoniana e morta per accessi apoplettiformi generalizzati si trovarono gomme sifilitiche multiple nell' interno del lobo frontale di destra e del temporale di sinistra, unite a diffusa iperemia cortico-meningea. Ed infine, in una donna di 31 anno, ma in istato di grave demenza e affetta da cecità, sordità e disturbi della loquela e della deambulazione, trovammo dei tumori fibro-sarcomatosi

della pachimeninge, di cui uno della grandezza di un piccolo uovo di pollo, alla base, fra l'emisfero destro del cervelletto e i peduncoli cerebrali ed il ponte, comprimente il lobo temporo sfenoidale e l'occipitale del cervello ed usurante la corteccia cerebellare, uno quanto una nocella al lato destro del ponte ed uno legato alla gran falce della dura madre, quasi in corrispondenza della cresta dell' etmoide, fra i due emisferi.

Son, dunque, 7 casi di tumore cerebrale, 4 in uomini e 3 in donne.

Da questi brevi cenni, intanto, appar chiaro quello che, del resto, si sa, vale a dire la scarsa importanza che queste lesioni a focolaio: emorragie, neoplasie, rammollimenti, suppurazioni, hanno in rapporto alle psicopatie. A metter ciò in evidenza concorre, in primo luogo, la scarsezza dei casi in cui tali lesioni possono riscontrarsi, rimpetto a quelli in cui nulla di simile si trova, e che sono la enorme maggioranza dei cervelli di psicopatici; in quei casi, poi, in cui esistono, sono in rapporto piuttosto con fenomeni concomitanti alla psicopatia anzichè colla psicopatia stessa, e al massimo, modificano il quadro morboso complicandolo con attacchi epiletti- od apoplettiformi, paralisi od anestesie in qualche territorio muscolare o in qualche organo sensoriale, accelerano la fine dell' infermo, e niente più. Solo qualche volta può dirsi che la lesione localizzata sia la causa della psicopatia, e allora o si ha un affievolimento delle facoltà mentali, un quadro, cioè, di più o meno grave demenza, oppure si hanno fenomeni di natura epilettica. La demenza può tenere alla compressione che subisce tutto il cervello pel generale aumento della pressione endocranica o alla lesione di determinate aree sensoriali o motrici, che tolgono all' individuo parte del capitale individuale cosciente e lo privano del contributo

che quelle aree apportano alla sua psiche, come p. es. è il caso della demenza da afasia studiata dal Bianchi. E del pari possonsi produrre convulsioni jaksoniane o generalizzate, o per la compromissione diretta delle zone motrici o per lesioni, dirò, secondarie, che dal punto direttamente leso si propagano in queste ultime, o da queste ad altri punti, perchè talvolta può avvenire che la lesione delle zone motrici dà luogo, in primo tempo, alle convulsioni, e che poi, per l'estendersi di una flogosi interstiziale o altro di simile al rimanente della corteccia, il quadro morboso si complica di fenomeni psichici. Un solo caso abbiamo trovato in cui la presenza di cisti da echinococco multiple nel cervello avea dato luogo ad una forma di eccitamento maniaco, molto probabilmente per l'irritazione che quei corpi estranei producevano nelle cellule della corteccia, ma è questo un caso eccezionale, come eccezionali possono dirsi anche quelli di epilessia dovuta a tumori cerebrali; piuttosto nel campo di quest'ultima psico-neurosi, han maggiore importanza le lesioni traumatiche del cranio, come è il caso di cui ho innanzi parlato, in cui un trauma produsse un'emorragia per contraccolpo nel lobo frontale, ed un altro di cui studiai microscopicamente il cervello, e nel quale un'antica frattura del frontale sinistro avea dato luogo a perdita di sostanza della corteccia delle tre prime circonvoluzioni frontali, e a consecutiva encefalite e pachileptomeningite cronica neoplastica diffusa (1). Un caso simile ho osservato in questi ultimi tempi, in cui esisteva una frattura del frontale di sinistra, che dava luogo, nella superficie interna,

(1) Sull'epilessia nelle lesioni dei lobi frontali (Annali di Nevrologia, 1898).

ad un osteoma comprimente ed usurante la sostanza corticale della 1.ª e 2.ª circonvoluzione frontale di destra, in cui vi era perdita di sostanza sostituita da connettivo cicatriziale. Anche qui, come negli altri, l'epilessia fu prodotta dagli effetti remoti ed a distanza della lesione localizzata traumatica. È da notare, inoltre, che molte volte la malattia mentale non solo fa passare in seconda linea i sintomi di focolaio, ma li oscura, li obnubila, ne rende difficile la ricerca, il che, accoppiato all'or cennato diffondersi e complicarsi delle lesioni e dei consecutivi disturbi, fa diventar sempre più problematica la diagnosi di sede.

.·.

Oltre i 5 casi di pachimeningite fibrinosa emorragica in paralitici, ne abbiamo trovati in non paralitici altri 7, 5 in uomini e 2 in donne, uno dei quali in probabile rapporto coll'epilessia, mentre gli altri erano in dementi. Oltre 8 emorragie meningee in paralitici, altre 8, una sottoleptomeningea, una epidurale, le altre fra la dura e la pia. In quanto a lesioni concomitanti, troviamo:

in 1 caso bronchite cronica, bronchiettasia e gangrena pulmonare, pleurite purulenta, nefrite subacuta ed ipertrofia cardiaca

in 1 edema cerebrale, ateromasia aortica e degenerazione grassa del cuore

in 1 pleurite e pulmonite interstiziale cronica, insufficienza aortica, nefrite cronica

in 1 nefrite, endoaortite, broncopulmonite ed edema cerebrale

in 1 ascesso delle costole di destra, nefrite e pulmonite interstiziale cronica.

Registriamo 11 casi di leptomeningite acuta, di cui 1 purulenta in epilettico, le altre a forma essudativa, e, di queste, due limitate ai lobi frontali, le altre diffuse.

In 5 casi si ebbe la forma del grave eccitamento maniaco, in 4 la meningite era in rapporto con una pulmonite crupale e, molto probabilmente, prodotta dallo stesso batterio di quest' ultima. E' importante un caso in cui vi era una vecchia gomma della meninge che avea dato luogo a perdita di sostanza della meninge stessa, della corteccia e del tavolato osseo nella regione temporo-parietale di destra: l' infermo andò soggetto ad una forma di mania cronica; negli ultimi tempi, poi, ebbe una pulmonite crupale che lo condusse a morte, dando luogo anche ad una meningite acuta.

Notiamo, infine, tre casi di meningite purulenta cerebro-spinale, di cui uno su di una meningite iperplastica cronica. Tutti tre morirono per broncopulmonite acuta, in uno crupale, in 2 lobulare.

∴

Venendo, ora, alle malattie accidentali e degli altri organi, abbiamo le seguenti cifre:

1. Tubercolosi pulmonare 71
   cioè:
   » del solo pulmone 50
   » » » (sotto forma di pneum. caseosa 5
   » » » antica, su cui si impianta una broncopulmonite acuta . . . . . 9)
   » del pulmone, con pleurite purulenta . . 1
   » del pulmone, delle ghiandole toraciche ed addominali 1
   » del pulmone e delle ghiandole peribronchia-

li, con meningite tubercolare della base . 1
» del pulmone e dell'intestino 7
del·pulmone, dell'intestino e del peritoneo 4
» del pulmone, della pleura e del peritoneo 2
» del pulmone e delle ghiandole mesenteriche 2
» del pulmone, della pleura e dell' intestino 1
» del pulmone, del mesenterio, del fegato, della milza, dei reni 1
» . del pulmone, del peritoneo, dell' utero, dell' ovaia 1

2. Broncopulmonite lobulare acuta 102
cioè:
in paralitici 45
complicata a iperemia meningo-encefalica . . . 16
associata ad emorragia cerebrale 1
» ad emorragie puntiformi nel cervello. . 1
» a rammollimento cerebrale 1
» a tumori cerebrali 4
» ad emorragia meningea 1
» a meningite cerebro-spinale 2
» a pleurite 1
» a gangrena pulmonare 4
» ad endocardite mitralica 5
» a sinfisi cardiaca 1
» a nefrite cronica 8
» a cirrosi epatica 2
» ad atrofia del colon 1
» a nefrite ed enterite cronica 2
» a nefrite cronica ed endocardite mitralica 1
» ad endocardite mitralica ed endoaortite . 1
» ad endometrite difterica 1
di natura tifosa 2
di natura influenzale 2

3. Pulmonite crupale 42
di cui in paralitici 9
associata ad iperemia cerebrale 5
» ad edema cerebrale 1
» ad atrofia senile del cervello 1
» a leptomeningite acuta 4
» a meningite cronica 1
» a meningite cerebro-spinale 1
» ad endocardite mitralica 1
» a stenosi aortica 1
» ad adiposi cardiaca ed iperemia del fegato 1
» ad ipertrofia cardiaca 1
» a pericardite fibrosa cronica 1
» a nefrite cronica 1
» a nefrite cronica ed insufficienza mitralica 1
» a nefrite cronica e tumore di milza . . 1
» a tubercolosi miliare dei pulmoni . . 1
» a nefrite cronica, endocardite mitralica,
» tubercolosi miliare dei pulmoni e pleurite al lato opposto 1
» a nefrite cronica, splenite ed epatite malarica 1
» ad ipertrofia della milza e del fegato . . 1
» a catarro intestinale cronico 1
» a tumore di milza, fegato da stasi, degenerazione grassa dei reni 1
casi di sola pulmonite crupale 6

3. Broncopulmonite purulenta (di cui una crupale passata a suppurazione) 3
4. Broncopulmonite gangrenosa e gangrena pulmonare 12

5. Pleurite 29
cioè:
» purulenta 7
» sierofibrinosa 11
» adesiva cronica 11

Delle 7 purulente:
1 era associata ad emorragia cerebrale
1 » » ad emorragia meningea
1 » » a pachimeningite fibrinosa emorragica

Delle 11 siero-fibrinose, riscontravansi
1 in paralitico
1 associata ad iperemia cerebrale
1 » ad emorragia cerebrale
2 » a bronco-pulmonite lobulare
3 » a pulmonite crupale
1 » ad endocardite mitralica

Delle 11 croniche trovammo:
4 in paralitici
1 associata ad iperemia cerebrale
1 » ad emorragia cerebrale
1 » ad atrofia senile del cervello
1 » ad emorragia meningea
1 » ad endocardite mitralica
1 » ad aneurisma aortico
1 » a pielonefrite suppurata

6. Endocardite mitralica 40
di cui:
in paralitici 11
associata ad iperemia cerebrale 4
» ad emorragia cerebrale 1
» a tumore cerebrale 1
» a tubercolosi pulmonare 4

associata a broncopulmonite lobulare 2
» a pulmonite crupale 2
» a cirrosi ipertrofica del fegato 1
» a nefrite cronica 8
» ad endoaortite 3
» ad insufficienza aortica 2
» ad ateromasia diffusa 1

7. Endoaortite cronica 47
di cui:
in paralitici 37
associata ad iperemia cerebrale 2
» ad emorragia cerebrale 2
» ad emorragia meningea 1
» a broncopulmonite acuta 1
» ad endocardite 3
» a nefrite cronica 1

8. Insufficienza aortica 6
9. Stenosi dell' orifizio aortico 3
10. Aneurisma dell' aorta 3
11. Pericardite 6
12. Epatite 10
cioè:
cirrosi atrofica 6
cirrosi ipertrofica 1
epatite interstiziale, con focolai purulenti lungo le vene 1
epatite suppurativa 2

13. Calcolosi biliare 1
14. Catarro intestinale acuto 2
15. Catarro intestinale cronico 10
16. Occlusione intestinale per stasi fecale . . . 2

17. Colite ulcerosa 3
18. Atrofia del colon 1
19. Peritonite purulenta 5
di cui una per corpo estraneo nell' addome,
una per rottura dello stomaco,
una consecutiva a tifli - peritiflite.

20. Ulceri tifose dell' intestino 7
21. Dissenteria . . . . , . . 1
22. Proctite ulcerosa cronica 1
23. Endometrite acuta emorragica 1
24. Endometrite difterica 1
25. Nefrite cronica 75
di cui:
in paralitici . . . . , 28
associata ad iperemia cerebrale 7
» ad emorragia cerebrale 1
» ad atrofia senile del cervello. 5
» a rammollimento cerebrale 1
» ad emorragia meningea 5
» a broncopulmonite lobulare 8
» a pulmonite crupale 5
» a gangrena pulmonare 1
» ad endocardite mitralica. 7
» a cuore grasso 1
» ad ipertrofia cardiaca 2
» a catarro intestinale cronico 2
» a catarro intestinale cronico e tubercolosi pulmonare . . . . , 1
» a proctite ulcerosa 1

26. Pielonefrite suppurata 2
27. Sarcomatosi diffusa (ai reni, testicoli, fegato, peritoneo) 1

28. Ascesso dello psoas iliaco di sinistra 1
29. Cancro acquatico della faccia 1
30. Gangrena da eresipela dell'arto inferiore sinistro 1

Di tutte queste malattie o lesioni, ve ne sono alcune la cui presenza non può considerarsi come un fatto assolutamente accidentale in malati di mente; altre per le quali trattasi puramente di coincidenza del tutto casuale.

Nel primo gruppo il rapporto deve intendersi in doppio modo, sicchè questo gruppo a sua volta si suddivide in due sottogruppi. Nel primo il rapporto fra lesione e stato psicopatico è diretto, in quanto che la lesione è effetto della psicopatia, o ne è una delle cause o sono entrambe effetti della causa medesima. Richiamo, a questo proposito, l' attenzione sulla frequenza delle lesioni renali nei pazzi, avendo trovato 75 nefriti croniche su 450 autopsie; e noto che questi 75 casi sono quelli in cui si riscontrò un vero e classico processo flogistico nel rene, mentre innumerevoli sono quegli altri in cui vi si trovano lievi lesioni: un pò di degenerazione grassa degli epitelii, di aumento del connettivo, e così via dicendo, lesioni che si può dire non manchino mai e costituiscano i caratteri dei reni soliti a vedersi da chi fa autopsie di malati di mente, e che noi finiamo, starei per dire, per considerare come normali, appunto perchè rappresentano la regola, e non diamo loro più importanza, registrando solo le alterazioni gravi di quest' organo. Ora, è chiaro che queste lesioni devono considerarsi come l' effetto di sostanze tossiche che attraversano il rene, quindi, come l' espressione dello stato d' intossicazione od autointossicazione in cui trovasi l' organismo del pazzo. Sotto un tal punto di vista, lesione renale e psicopatia sono entrambe effetti della stessa causa, manifestazioni concomitanti di uno stesso processo; ma

si capisce che, da una parte, la diminuzione di resistenza organica, che si verifica nel pazzo o come fatto congenito o come espressione dell' intercorrente processo morboso, rende più facili a degenerare e ad infiammarsi le cellule di tutti i tessuti e, quindi, anche quelle del rene, e, d' altro canto, che la lesione renale, una volta stabilitasi, rendendo più difficile l'eliminazione delle tossine, contribuisce, a sua volta, se non a creare, per lo meno ad aggravare lo stato tossico. Lo stesso dicasi per le endoaortiti ed endoarteriti in genere, specie dei paralitici, e di quei casi, abbastanza frequenti, in cui, o dietro lento marasma o rapidamente, si verifica una morte di cui all' autopsia non è possibile rintracciare una chiara e grave ragione, trovandosi lesioni lievi e diffuse in tutti gli organi, senza gravi localizzazioni in nessuno: leggiera iperemia cerebrale, degenerazione grassa del parenchima epatico e degli epitelii renali, lieve tumefazione della milza, iperemia dell' intestino, e nulla più: si intravede qualche cosa che ha leso tutti i tessuti, che ha leso la nutrizione generale organica, ma cosa sia questo *quid* non si sa, non si vede. E questo *quid*, intanto, è, come dicevo, causa di certe lente cachessie, che fan riempire, in ogni manicomio, alcune sale di individui che debbono stare assolutamente a letto, e che, con nomi convenzionali, siamo soliti chiamare i marasmatici, i deboli, i cronici o in simil modo. Vi sono, fra questi, i paralitici, gli emiplegici, i senili, vi sono molti tubercolotici anche latenti, dirò così, nei quali, cioè, la tubercolosi non si trova in vita, ma si rivela, invece, al tavolo anatomico: ma ve ne sono molti altri in cui non esiste veruna causa apparente di indebolimento generale della nutrizione o dei poteri organici, nei quali, se qualche lesione si verifica poi e si riscontra al tavolo anatomico, è da discutersi se rappresenti la causa o un effetto secondario dello sta-

to cachettico generale, intendendosi di leggieri, infatti, che, in queste condizioni, qualunque organo, qualunque parte del corpo può diventare e diventa facile terreno di cultura, facile preda di agenti patogeni svariati e molteplici. Così accadde certamente in una donna di più di 60 anni in cui si verificò, negli ultimi mesi di vita, un cancro acquatico della faccia, che poi fu la causa ultima e diretta della di lei morte, ma che evidentemente si sviluppò appunto sulla base dello stato marasmatico precedente. Si collega a questi fatti il concetto di alcuni e principalmente del nostro Venturi, (1) che il processo patogenetico della pazzia consista in una involuzione senile precoce dell' organismo, concetto che ha qualche cosa di geniale, in quanto che vi è, in fatti, una somiglianza fra il decadimento dei poteri organico-nutritivi che si verifica nella senilità e quello della pazzia; ma i due fatti, se hanno qualche somiglianza nell'aspetto, differiscono, però, nelle cause che li producono, perocchè nei senili è l' effetto di una diminuzione della vitalità degli elementi cellulari, per puro e semplice esaurimento delle energie vitali, mentre nel pazzo è conseguenza di una intossicazione dell' organismo per sostanze, la cui natura e la cui provenienza sono ancora ignote, ma la cui esistenza si rivela oramai per tante vie che è impossibile negarla. Ciò dicasi, s'intende, ad eccezione di quei casi in cui la psicopatia non è una malattia nel vero senso della parola, ma addirittura un'anomalia nella costituzione psico-fisica individuale, come l' idiozia, la follia morale ecc.; anche, però, in questi casi possono verificarsi, sul fondo della permanente anomalia, fenomeni intercorrenti strettamen-

(1) Venturi. Le degenerazioni psico-sessuali — Torino Bocca 1892.

te morbosi: allucinazioni, delirii, stati di eccitamento o di depressione e simili, i quali sono, molto probabilmente anch' essi l' espressione di stati d' intossicamento, rivelantisi in modo differente appunto perchè s' impiantano su di un sistema nervoso allontanantesi, nella sua congenita costituzione, dalla norma.

. ˙.

Posti questi concetti, si capisce agevolmente come i poveri pazzi, forniti di un sistema nervoso anomalo o, per lo meno, debole, (perchè anche nei così detti normali, cioè non degenerati, una certa predisposizione deve ammettersi nei centri nervosi, se son soggetti ad una psicopatia, e questa predisposizione è, facilmente, un grado più o meno avanzato di invalidità dell' elemento staminale di un tal sistema), soggetti ad uno stato di intossicazione cronica, che ne affievolisce sempre più le forze di resistenza organica, possano e debbano, anche senza arrivar allo stato di marasma, offrire facile il campo ad agenti morbosi svariati, perocchè si sa che le reazioni nervose entrano per molta parte nella difesa dell' organismo dagli agenti infettivi. Ed ecco il secondo gruppo o sottogruppo di lesioni accidentali cui sopra accennavo. La tubercolosi è frequentissima, come si vede, nei pazzi, nonostante le affermazioni in contrario di qualche autore; è frequentissima in tutte le sue forme, e tale frequenza è anche maggiore di quanto appare, se si tien conto del fatto che molte volte accade a tutti noi di trascurare delle autopsie appunto perchè si sa in precedenza e con certezza che si tratta di tubercolosi; è frequente la pulmonite crupale, son frequenti le pleuriti e, sopratutto poi, quelle forme di broncopulmonite lobulare, la cui presenza, almeno in così vaste proporzioni,

nelle autopsie non solamente di paralitici, nei quali si è discusso se possa dipendere da lesione del vago, ma di qualsiasi specie di malati di mente, è una delle migliori dimostrazioni della diminuzione dei poteri organici in questi individui. Il Netter (1), infatti, ha dimostrato come, astrazion facendo da quei casi in cui la bronco-pulmonite è una localizzazione di un processo infettivo generale specifico, come *ilèotifo, influenza ecc.*, in generale essa risulta il più ordinariamente dall' entrata nei pulmoni degli stessi organismi patogeni che la bocca alberga allo stato di salute, cioè lo *pneumococco capsulato*, lo *streptococco piogeno* e il *pneumobacillo capsulato*; ond' è che si capisce come la facilità di una tale penetrazione e di un tale arrivo nei malati di mente sia in rapporto con quell' affievolimento, appunto, di cui tante volte si è parlato. E lo stesso dicasi delle forme di gangrena pulmonare o di pulmonite passata, in tutto o in parte, a gangrena, dovute, come si intravede di leggieri, alla facilità di penetrazione e di attecchimento di germi settici, saprofitici, che diventano patogeni in quelle condizioni, e così via dicendo.

Anche l' attecchire di malattie non batteriche è una conseguenza di tale debolezza, perchè, dati i tessuti e gli organi poco resistenti, si intravede da sè come p. es. un errore dietetico, una comune causa reumatizzante e simili, debbano dar luogo a malattie molto più facilmente che in individui normali.

D' altra parte, si sa con quanta facilità e rapidità dilaghino nei Manicomii le malattie epidemiche se una volta arrivano a penetrarvi; nè mi pare che la pratica

(1) **Netter. Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains (Revue d' Hygiène, 1889).**

confermi l' idea dell' antitesi che può esservi fra l' intossicazione della pazzia, dirò così, ed altre tossi-infezioni, per cui il pazzo dicesi sia immune da molte malattie infettive; o, per lo meno, credo che ciò si verifichi in un numero di casi di molto inferiori a quello degli altri in cui accade il contrario, cioè che l' intossicazione, col diminuire la resistenza organica, prepara il terreno a germi patogeni, sopratutto per l' affievolimento, come dicevo, delle reazioni nervose.

*
* *

È difficile, quindi, dire quali sieno, fra le succennate lesioni anatomiche, quelle che non hanno colla psicosi addirittura nessun rapporto, e la cui presenza deve considerarsi come una semplice coincidenza o casualità, mentre, per dir ciò, occorrerebbe dimostrare, da un canto, che quella tale lesione si riscontra con egual frequenza negli individui sani di mente, e, d'altra parte, che, in un dato caso, si sarebbe verificata indipendentemente dalla malattia mentale e anche se questa non fosse esistita: non essendovi questa dimostrazione, può sempre invocarsi un rapporto, dicendosi che tale malattia ha trovato il terreno favorevole al suo sviluppo appunto nella debolezza generale organica causata dalla psicopatia; ond' è che il secondo gruppo di tali lesioni è assolutamente indeterminato.

*
* *

Riguardo ai rapporti fra infezione e pazzia, pare a me degna di nota non l'immunità ma la resistenza che alcuni di questi pazzi presentano alle infezioni croniche e sopratutto alla tubercolosi; nel senso che vi sono dei casi nei quali si osserva questo fenomeno, cioè che per

anni ed anni le lesioni tubercolari rimangono pressochè stazionarie, senza nè progredire nè involversi nel senso di subire la trasformazione fibrosa o calcarea, e l'infermo, debole, esaurito, emaciato, profondamente anemico, impossibilitato ad uscir di letto, rimane, però, in queste condizioni, che sembrano e sono deplorevoli, per anni interi e diversi, e muore, dopo molto tempo, per lento marasma.

Questo fatto deve, molto probabilmente, mettersi d'accordo col modo generalmente abnorme di decorrere delle malattie mentali nei pazzi, nei quali p. es. una pulmonite crupale può decorrere ed assolversi senza un decimo di febbre, e coll' assenza delle reazioni nervose che contribuiscono a creare, negl' individui a sistema nervoso integro, i quadri delle malattie infettive.

.˙.

Casi anatomicamente costatati di *ileotifo* ne abbiamo trovati pochi, non più, cioè, di 7; pochi, dico, rimpetto al numero notevole delle così dette febbri infettive intestinali, la maggior parte delle quali, è vero, guariscono, ma di cui alcune son pur pervenute al tavolo anatomico, potendo anche tali febbri, più frequentemente, forse, di quel che accade fuori dei Manicomii, esser cause di morte. Ebbene, in diversi di questi casi, e in qualcuno in cui forse ci aspettavamo trovare le lesioni caratteristiche dell' *ileotifo*, non si è visto, difatti, altro che una iperemia diffusa dell' intestino, senza alcuna lesione localizzata, ed una lieve tumefazione splenica. Il che conferma quanto dalla clinica comune si rileva ogni giorno, cioè che i quadri clinici delle malattie infettive, e sopratutto di quelle che rag-

gruppiamo sotto il nome di *tifiche* o *tifoidee* si vanno mano mano profondamente modificando, di tal che la sindrome clinica ed anatomica del *tifo tipico*, come si trova descritta nei classici trattati di patologia, diventa sempre più rara ad incontrarsi nella pratica, ed, invece, prevalgono forme che tavolta mentiscono il quadro del tifo, mentre poi non ne fan vedere all'autopsia le lesioni caratteristiche; tal' altra e più sovente ancora, non ci inducono a tale diagnosi poichè non presentano molti dei più essenziali fra i sintomi che abbiamo imparato a considerare come caratteristici del tifo, mentre poi assumono un decorso abbastanza grave, raggiungono temperature elevate, talvolta causano persino la morte, di tal che non possono classificarsi nel gruppo delle così dette febbricole o febbri da autointossicazione intestinale. Tale modificazione delle forme tifoidee rientra nella legge generale di evoluzione che subiscono le malattie infettive; è da discutersi piuttosto quali sieno lo cause di quelle forme indeterminate che stan di mezzo fra le febbri così dette di imbarazzo gastrico, le leggiere febbricole e le forme schiettamente tifose. È il bacillo di Eberth modificato ed attenuato per condizioni inerenti alle condizioni di vitalità o per associazione con altri batterii, che ad esse dà luogo, o è qualcuna delle varietà del comune *bacterium coli* o di altre forme, d' ordinario innocue e saprogene, viventi nell' intestino, che in certe condizioni diventano patogene? e se è il bacillo di Eberth, come oggi si ammette dalla maggioranza, perchè esso in molti casi non dà luogo alle solite localizzazioni anatomiche, e da che dipende la varietà e la molteplicità delle forme cliniche che ne sono l' effetto? Sono tanti quesiti cui accenno di volo, ma che hanno notevole importanza pei patologi e gli igienisti.

.˙.

Tra le lesioni degne di rilievo, noto due casi di peritonite da perforazione, uno da rottura del retto per autopederastia, l'altro da rottura dello stomaco. Nel primo trattossi di un pezzo di canna che l'infermo, procuratosi clandestinamente, si introdusse nell'ano, allo scopo, diceva lui (era un paranoico), di fare un esperimento, e, sedutosi sul cesso, esercitò tale pressione che la canna perforò la parete del retto nel punto della sua flessione, e, si trovò in avanti della colonna vertebrale. Il secondo è stato da me pubblicato (1) come esempio raro di una grave alterazione trofica delle pareti dello stomaco, per cui queste subiscono un processo di tale atrofia da arrivare sino alla totale scomparsa in buona parte della loro estensione, e da produrre una perforazione multipla, una crivellatura delle pareti medesime.

.˙.

Nello stesso infermo e in un altro trovai strane anomalie di decorso e di lunghezza del crasso intestino che mi è stato dato riscontrare, poi, in altre autopsie, un crasso, cioè, molto lungo e che descrive dei giri molto più complicati e numerosi di quel che d'ordinario non avvenga. In uno infatti, « il crasso intestino è mol-
« to lungo, e, partendo dal cieco, nella fossa iliaca de-

---

(1) Anomalie gastro-intestinali in due alienati (Rivista mensile di Psichiatria Forense e scienze affini, Febbraio 1901).

« tra, sale, giusta il consueto, ma, giunto a metà del-
« la lunghezza del colon ascendente, scende di nuovo
« e forma un' ansa, poi torna a salire, e, giunto sotto il
« fegato, si ripiega per formare il colon trasverso; però si
« infossa profondamente dietro le anse del tenue. Giunto,
« così, sempre camminando indietro, fin presso alla milza,
« si ripiega, ma ancora profondamente, e si dirige in
« basso sì, ma verso la linea mediana, passando sotto
« ad una gittata peritoneale che gli fa da ponte; vie-
« ne, così, a situarsi in avanti e in mezzo, proprio die-
« tro l' ombelico, e lì, ripiegandosi, costituisce l' S
« iliaca sotto forma di un grosso punto interrogativo,
« e si trasforma, infine, nel retto, che, d'avanti, si spin-
« ge indietro della vescica. Si ha, quindi, che le an-
« se del tenue stanno allo scoperto, e, aprendo l' ad-
« dome, non si vede il colon, ma il tenue e quel pun-
« to interrogativo mediano, che rappresenta la flessu-
« ra sigmoidea, che dovrebbe essere iliaca e non lo è,
« del colon ». Nell' altro, poi « il cieco si trova a si-
« nistra ed in alto, immediatamente dietro la parete ad-
« dominale e sotto la milza; da esso parte il colon, il
« quale, passando dietro il cieco medesimo ed alle an-
« se del tenue, si dirige indietro, in basso e in mez-
« zo, arrivando fin quasi in corrispondenza della regio-
« ne ombelicale, ma molto profondamente situato; poi sale
« di nuovo verso l'arcata costale di sinistra e si ripiega
« in basso; non va, però, direttamente nella fossa iliaca
« di sinistra, ma si piega e ripiega due volte su sè stes-
« so ed infine forma la flessura sigmoidea e si tras-
« forma nel retto ».

Su queste anomalie teratologiche ho voluto richiama-
re l' attenzione perchè non da altri notate e abbastan-
za fuori dell' ordinario. E così, sorvolando sulle solite
comuni anomalie, di cui non vale la pena intrattener-

mi, ricorderò solo due cranii, uno ultradolicocefalo, l' altro idrocefalico di cui riporto qui le misure.

I. Peso totale del cranio	gr.	730
Peso del cranio senza mandibola	»	670
Peso della mandibola	»	60
Indice cranio mandibolare		8,95
Capacità cranica		1566.
Circonferenza orizzontale	mm.	575
Porzione preauricolare	»	318
Porzione postauricolare	»	257
Curva occipito-frontale	»	360
« sagittale frontale	»	237
« sagittale parietale	»	272
« sagittale occipitale	»	233
« trasversale biauricolare	»	304
Diametro antero posteriore	»	210
« trasverso massimo	»	112
Indice cefalico		53,33
Diametro frontale minimo	mm.	45
» « massimo	»	95
Lunghezza del foro occipitale	»	40
Larghezza « « »	»	40
Faccia — altezza	»	100
« — larghezza	»	105
Orbita — altezza	»	46
« — larghezza	»	53
Naso — altezza	»	50
« — larghezza	»	35
Angolo facciale		79°
Distanza bigoniaco-mandibolare	mm.	100
Altezza della sinfisi mandibolare	»	34
Altezza gonio-condiloidea mandibolare	»	75
Larghezza della branca mandibolare	»	45

II. Peso totale del cranio	gr.	795
Peso del cranio senza mandibola	»	715
Peso della mandibola	»	80
Indice cranio-mandibolare		11,17
Capacità		1785
Circonferenza orizzontale	mm.	594
Porzione preauricolare	»	298
« postauricolare	»	296
Curva occipito-frontale	»	415
« sagittale frontale	»	227
« sagittale parietale	»	305
« sagittale occipitale	»	300
« trasversale biauricolare	»	397
Diametro antero-posteriore	»	214
« trasverso massimo	»	165
Indice cefalico		77,10
Diametro frontale minimo	mm.	40
« frontale massimo	»	95
Lunghezza del foro occipitale	»	45
Larghezza del foro occipitale	»	45
Faccia — altezza	»	140
« — larghezza	»	110
Orbita — altezza	»	50
« — larghezza	»	50
Naso — altezza	»	60
« — larghezza	»	30
Angolo facciale		77°
Distanza bigoniaco-mandibolare	mm.	100
Altezza della sinfisi mandibolare	»	38
Altezza gonio-condiloidea mandibolare	»	67
Larghezza della branca mandibolare	»	40

Si ha, cioè, nel primo, un indice cefalico di 53,22, anche inferiore, sebbene di poco, a quello di 53,48 del caso pubblicato dal P i e r a c c i n i (1), ed è notevole l'assottigliamento estremo delle ossa parietali e delle squame dei temporali, mentre è spessa la calotta ossea nella parte mediana della volta, in corrispondenza della sutura interparietale. Nell' altro caso, poi, è notevole la capacità cranica elevata, di 1785, e lo slargamento di tutte le suture, insieme allo assottigliamento di molti punti della parete ossea.

Nocera Inferiore, Dicembre del 1901.

(1) Pieraccini — Grado estremo di dolicocefalia. (Archivio di Psichiatria, Vol. XVII).

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. **Domenico Ventra**

SULL' UNITÀ FONDAMENTALE DEI PROCESSI PSICOPATICI

SAGGIO

DEL

DOTT. PROF. FRANCESCO DEL GRECO

> L' alienazione mentale è un' affezione unica nella sua essenza, e le sue manifestazioni multiple dipendono dalle differenze, che si osservano nelle attitudini intellettuali e morali degl' individui, e nelle condizioni generali dei loro organismi.
>
> *B. A. Morel* — Études cliniques.

Sommario: — 1. Unità fondamentale dei processi psicopatici, le vesanie alterazioni o degenerazioni della individualità somato-psichica, specificazioni delle vesanie in forme diverse secondo gl' individui ed il sesso; ricerca, se secondo le età — 2. Sguardo complessivo sulle età e sui mutamenti dell' individualità somato-psichica — 3. Paralleli mutamenti e genesi delle psicopatie — 4. Nella fanciullezza — 5. Segue l' argomento — 6. Nell' adolescenza — 7. Segue l' argomento — 8. Nella giovinezza e nella età matura — 9. Nella vecchiaia — 10. Continuità tra i mutamenti normali della individualità psicofisica e quelli morbosi od abnormi; dissoluzione delle più complesse ed instabili espressioni psicologiche ed accentuazione delle semplici e stabili nelle psicopatie — 11. Il processo psicopatico tipico dal punto di vista psicologico e suo dinamismo, va con le varia-

zioni biologiche e con la degenerazione— 12. Pazzia e degenerazione, peculiarità di quest' ultima in rapporto ai diversi aspetti dell' individuo — 13. Segue l' argomento, i fattori delle forme e delle classi psicopatiche — 14. Riassunto — 15. Schiarimenti, se la degenerazione sia radice unica delle vesanie, in quali individui si hanno le vesanie tipiche e rapporti della degenerazione con queste — 16. Aspetti somatici della pazzia nei vesanici e qualità e gradi di degenerazione — 17. Conclusione, psichiatria e psicologia patologica.

1. Essendomi per lunghi anni affaticato a ricostruire le istorie psicologiche di non pochi alienati di mente in rapporto alle alterazioni ed alle peculiarità somatiche *individuali*, sono giunto man mano alla idea, che le svariatissime sindromi psicopatiche, e propriamente quelle vesaniche, avessero essenzialmente caratteri comuni, *indicanti unità di processo fondamentale.*

L'idea, non molto lungi dallo stadio d' ipotesi ancora, che attende da ulteriori indagini mediche e psico-antropologiche maggior conforto di fatti ed una visione più distinta delle collaterali e non meno oscure quistioni che involge; io non pretendo di enunciarla, come peregrina ed originalissima, essendo stata da tempo messa innanzi, in forme, non pare troppo diverse, da insigni psichiatri tedeschi [Zeller, Griesinger, Kalbhaum, Arndt, ecc.], dal nostro Morselli (1), e con sicurezza di pensiero ed espressione dal sommo Morel. Per mia parte vi sono giunto faticosamente, senza

(1) Il Morselli, giusta quanto ho ricordato nell' articolo " Sulla psicologia della individualità „ (Roma, Atti della Soc. Rom. d' Antropologia, 1898), definisce la PAZZIA " *una malattia od una anomalia della personalità umana* „. Ed aggiunge, che la personalità umana importa, non soltanto attività dei centri encefalici, ma di tutto l' organismo—dal Manuale di Semiotica delle Malattie Mentali — Vol. II.

conoscere le vedute o gli accenni di questi autori; (1) ed appunto m' incoraggia a proseguirla l'udire, com'essa da altri sia stata già creduta attendibile. È quanto mi libera da ogni isolamento intellettuale, volgendomi con maggior animo a ricordare brevemente in queste pagine fatti ed induzioni, le quali tendono a dimostrarla.

E' noto, che le psicopatie rientrano fra quei morbi, in cui l' elemento individuale, il fattore endogeno, predomina sull' altro esogeno. Non che peculiari condizioni d' ambiente sieno destituite di valore nella genesi degli stati od accessi psicopatici, trovando alcuni disordini mentali in esse ampia radice; ma certamente, nel complesso delle malattie in esame, hanno queste condizioni minor valore rispetto agli elementi originarii individuali. Se condizioni d' ambiente, e sopraggiunte, sono causa precipua di turbamenti psicopatici, non si dimostrano tali per un accesso, *compiuto, e distinto in tutta la sindrome psicologica.* Anzi allorchè vengono in azione soltanto momenti eterotossici, di eccezionale fatica cerebrale, di strapazzo emotivo, ed in generale tali da ledere qualsiasi uomo al mondo; il disordine psicopatico che ne segue, appare, o indistinto, rudimentario, pertinente ai comuni stati neurastenici [depressione cenestesica, abulia, semplici idee fisse, ecc.] ; oppure risulta di sintomi mentali, diversi e mal definiti, conglobati in tutto, che va fino agli accessi confusionali, più profondi e polimorfi, *in una con fenomeni di evidente alterazio-*

(1) Se ne valesse la pena, si potrebbero scorrere la annate del " Manicomio „ dal 1892 al 1898, e dare un' occhiata ad alcuni dei miei qualsiasi lavori [*Il Delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia, 1892 — Il temperamento epilettico, 1893 — Sulla evoluzione del delirio paranoico, 1894 — Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirî e condizioni patogenetiche, 1896 — Sulle varie forme di confusione mentale*, 1897 - 1898, ecc.].

ne nervosa e nutritiva generale. Così l' alcoolismo, la pazzia pellagrosa ed altri morbi eterotossici, non danno figure psicologiche morbose bene distinte (1). Queste ultime sono a noi rivelate in peculiar modo da caratteristiche psicopatie in *individui predisposti o degenerati*, su cui ben altri elementi hanno preparata l' azione efficace dell' ambiente patogeno, tenue o nullo alle volte.

Per tali ragioni le forme psicopatiche, le vesanie, rientrano nel campo dei morbi a fondo originario, e sono più che mai connesse alle *vicende antropologiche individuali.*

Altrove ho presentato fatti ed argomenti in appoggio alla idea che *determinate forme psicopatiche* fossero non altro, che degenerazioni o disordini di costituzioni, temperamenti, caratteri, ecc., svariati aspetti dell' unità, di cui risulta l' individuo somato-psichico (2). Con maggior numero di prove ho in seguito avuto in mira la istessa idea nello studio delle psicopatie della donna (3).

Al presente vo' tornare su tale affermazione, e studiarla in rapporto ai mutamenti proprî delle diverse età della vita. Le sindromi psicopatiche, bene definite nei

---

(1) Certamente, si sa di alcuni tossici, che hanno un modo speciale di ledere le cellule nervose centrali, le funzioni d' innervazione ed i ganglii dei visceri [turbando la circolazione sanguigna, il respiro, l'apparecchio genitale], in modo da seguirne inizialmente alterazioni psicologiche diverse a seconda di quei veleni: come le piacevoli fantasticherie di alcuni fumatori d' oppio, l' angoscia e gl' impulsi ad annegarsi dei pellagrosi, le idee gelose dell' alcoolista, ecc. Ma tali condizioni psicologiche, occasionate più che altro da paralleli disturbi d' innervazione e funzionalità in certi organi od apparati, sono *accenni* a peculiari alterazioni psicopatiche, che si svolgono caratteristicamente a seconda del tutto della " individualità psicofisica ". Se in questa non trovano condizioni adatte, perdonsi, nei casi gravi, tra la confusa e polimorfa sindrome del disordine neuro-psichico generale.

(2) *Temperamento e Carattere nelle indagini psichiatriche e d' antropologia criminale* — dal " Manicomio moderno " — 1899.

(3) *L' individualità somato-psichica della Donna e le sue frenopatie.* dal " Manicomio " 1901.

loro caratteri psicologici, dopo tutto si riducono a quattro tipiche, a quella *maniaca, lipemaniaca* [con consecutivi stati deliranti] , *confusionale semplice od allucinatoria, paranoica.* Se riusciremo a vedere *il generarsi di queste sindromi da un tronco comune, in una con specifiche differenziazioni dell' individuo somatopsichico, lungo le diverse età, ed il ridursi delle sindromi con l' involversi dell' individuo*; avremo fatto un passo importante in prova della idea sulla unità fondamentale dei processi psicopatici. A tale scopo gioverà poscia ricercare quale altro elemento si compenetra con quello delle *vicende biologiche e delle specialità psico-fisiche* [riferibili a qualsiasi individuo normale], affinchè insorgano le psicopatie, o meglio le vesanie, nelle loro forme più esagerate e distinte.

2. L' individuo umano, considerato nel giro di tutto il suo ciclo vitale, dalla infanzia alla vecchiezza, appare dapprima, fin verso i quattro anni, [ove si escludano i caratteri sessuali primarii] non profondamente differenziato rispetto al sesso. Poscia meglio distinguesi fin presso alla fase critica dell' adolescenza. Al cadere di questa, vi è netta accentuazione, non soltanto dal punto di vista del sesso, ma ancora delle costituzioni e dei temperamenti. I temperamenti raggiungono la massima differenziazione nella giovinezza e verso l' inizio della maturità; epoca quest' ultima in cui gl' individui sono più che mai diversi per essersi sovrapposta alla evoluzione somatica generale quella encefalica superiore. Se dalla fanciullezza e dall' epoca pubere si accennano e svolgono i talenti e le disposizioni morali e pratiche di ognuno, nella maturità il carattere e la mente appaiono pienamente formati ed operosi. Infine nella vecchiezza queste linee divergenti tendono a raccogliersi di nuovo. I

vecchi si rassomigliano più degli uomini maturi; ed ancora le distinzioni, peculiari al sesso, volgono a confondersi nell' atrofia organica totale.

Notisi inoltre, che dalla prima età all' adolescenza, alla giovinezza, sono più che mai attivi i poteri di assimilazione nutritiva; mentre dalla maturità alla vecchiezza si equilibra col momento opposto [disassimilativo], o decade, tale energia. Come l' infanzia è l' epoca del fiorire della nutrizione e della crescenza degli organi, della vita senso-motoria; l' adolescenza è quello critico [oltrechè di rapido sviluppo somatico] d' integrazione e specificazione, tanto organica che mentale—Nella giovinezza, col pieno definirsi della euritmia organica e delle peculiarità nutritive generali, v' ha grande vigorìa di passioni ed idee; come nella maturità si accentuano le deficienze di costituzione e temperamento. Il temperamento, nel corso di questa età, incomincia a discendere la sua curva vitale, rivelando con l' apparire di alcuni morbi o disposizioni ereditarie [gotta, reumatismi, ateromasie, ecc.] le sue individuali deficienze. Ma in tale epoca sono più che mai nel fiore la mente ed il carattere— Con la vecchiezza si affievolisce ognora più la funzione nutritiva generale, e tutto l' individuo psicologico mostrasi arido, freddo. Le passioni non hanno il vigore della giovinezza, nè la misura della età media: la mente è lucida o lacunare, ma rigida nelle sue espressioni. Vero è, che la mente, se non il carattere, appare talvolta nel vecchio ancora gagliarda e feconda. Le regioni encefaliche superiori, ultime a svilupparsi nelle loro intime e sottili disposizioni; più giovani ed evolutive rispetto agli altri organi, in quanto portato della evoluzione psico-sociale, sovrappostasi a quella psicofisica e della vita animale; mantengono vigorìa e certa plasticità: segno che irradia di luce veneranda l' individuo, già de-

clinato in tante altre attività, organiche e psicologiche.

3. Ora le psicopatie nelle loro forme, andamenti, nei loro caratteri speciali, seguono la vicenda, dianzi cennata. Quelle della infanzia e della vecchiezza sono meno differenziate, hanno nelle singole forme fra loro una maggior somiglianza, che non le peculiari della giovinezza e della età matura. Le psicopatie dell' adolescenza, benchè dimostrino maggiore varietà delle infantili, sono tuttavia assorbite da una nota comune: esse rappresentano più che altro una *fase critica, iniziale di differenziazioni nosografiche.* Inoltre le psicopatie della infanzia e fanciullezza si dimostrano a prevalenza maniache: si accordano con una disposizione vantaggiosa dei poteri di nutrizione generale; mentre quelle della vecchiezza appaiono d' ordinario lipemaniache ed indicano più che mai l' "usura,, dell' elemento organico-nervoso. Durante la età matura dominano le paranoie, le follie sistematiche, nelle quali campeggia l' alterazione razionale in rapporto al decadimento del carattere; e come tornasi verso una più giovane età, la piega sistematica delle psicosi diminuisce per maggiore accentuazione di fenomeni cenestesico-emotivi, aventi inizio con disordini di temperamento. Nella giovinezza sono rilevanti le forme cenestesico-emotive o sensorio-emotive [quantunque ad accesso conclamato le emozioni si affievoliscano e risolvano nei loro fondamenti cenestesici ed impulsivi, a meno che non trattisi di emozioni istintive, come paura, ira]; così nella fortunosa adolescenza dominano le pazzie sensorio-confusionali o neurosiche.

4. Ma entriamo in maggiori particolarità. È legge di patologia generale questa, che un fattore morbigeno, quando stimola un organismo in isviluppo, anzichè de-

terminare una malattia, ne turba il lavorio di *formazione*. Epperò nell' infanzia peculiari ed intensi stimoli patogeni, *specialmente se operosi fin dalla vita intrauterina*, riescono ad arresti cerebrali di sviluppo, alle idiozie più diverse.

Una notevole forma di arresto in tale età è la *pazzia morale*. Il fanciullo senza dubbio è un essere *amorale*: presenta disposizioni aggressive, in rapporto agli istinti fondamentali di nutrizione e difesa, ed ancora disposizioni alla simpatia, alla tenerezza, alla vita gregaria. E le une e le altre [le seconde più delle prime], variamente trasformate, entreranno con la evoluzione psicologica fra gli elementi generatori del senso e criterio morale.

In molti fanciulli degenerati gl' impulsi aggressivi si accentuano notevolmente, e generano azioni violente, feroci, crudeli. Non sono rari i casi di fanciulli omicidi; ed i peggiori delinquenti da una simile età hanno dato segno di ciò, che sarebbero divenuti.

La pazzia morale, avente base in tanta deformazione psicofisica, si accompagna talora alla epilessia iniziale [assenza]. Nella infanzia i centri nervosi sono irritabilissimi: stimoli sensitivo-sensoriali eccessivi dan luogo a scariche motorie diffuse, continuate, ripetute, e possono stabilire certa disposizione a quella instabilità dinamica speciale dei centri nervosi, che si rivela in una con gravi anomalie costituzionali nell' individuo epilettico adulto.

La grande irritabilità diffusa dei centri nervosi, il predominio della vita mentale reflessa ed istintiva, i poteri di assimilazione nutritiva notevolissimi ci spiegano la *tinta maniaca*, che la pazzia assume nella fanciullezza. Gli atti ed i movimenti, non ancora saldi e coordinati, si dissociano. E tutto il quadro nosografico as-

sume l' aspetto di un grave disordine senso-motorio, quando non mette capo a convulsioni diffuse, a moti coreici, oppure ad una mimica, ora espressiva, ora incoerente, in cui allucinazioni terrifiche e diverse mostrano dominante nel piccolo infermo la emozione paurosa, così tiranna in questa età; od infine, attenuandosi nelle sue linee, il quadro nosografico giunge a quello di un' agitazione, più calma, più coordinata, con atti di distruzione [talvolta perversi, crudeli], misti a certa biricchineria infantile. A fasi d' agitazione subentrano in molti casi, per l' inevitabile ritmo d' ogni funzione nervosa, periodi di torpore, sonnolenza, stupido-estatici.

Soltanto fanciulli, mal nutriti, infermi di morbi consuntivi, o gravemente lesi nella capacità ad ulteriori sviluppi cerebrali, si dimostrano piagnucolosi ed inerti in special modo.

5. Come vedesi, le pazzie della infanzia e della fanciullezza sono tutte qui; non molto differenziate, come non molto differenziata è in questo periodo la costituzione, ed in generale tutta l' individualità psicofisica.

Tanto vero, che tra i fanciulli si osservano meno che negli adulti quelle anomalie somatiche, le quali appaiono segno di costituzione evoluta ed alterata. Il de Sarlo ha visto anomalie somatiche — note morbose specialmente — nei piccoli candidati alla delinquenza (1), vale a dire in quelli, che tendono ad una grave ed abnorme evoluzione psicofisica; grave non fino al punto da

(1) *F. De Sarlo* — I piccoli candidati alla Delinquenza — Archivio di Psich. Antr. crim., ecc. — 1893.

perdersi nelle mostruosità dell'idiota o del soggetto malamente infermo (1).

La prima infanzia ha ancora la sua pazzia, o meglio i suoi disordini psico-nervosi. Mentre l'adulto, in preda a febbre, oppure ad intossicazione, che ne turba la funzionalità cerebrale, talora ciancia slegatamente, si butta dal letto, armeggia, percuote o piange; il bimbo lattante ha scosse, diffuse o localizzate, atti di deglutizione, come se succhiasse un seno, postogli sul labbro, acceleramenti e ritardi nel respiro.

Il disordine è in lui più organico, direi ; verte più sulle funzioni e sugl' istinti di nutrizione, giusta lo stato dei suoi centri encefalici.

6. Nell' adolescenza la vita nervosa è instabile: v' ha in essa forte tendenza a reflessi senso-psico-motori. Tale condizione ci spiega i disordini nell' attività motrice delle pazzie della pubertà, che vanno dai tic più strani, ai fenomeni coreici, agli arresti catatonici, ad impulsi esplosivi, perfino criminali; in parte ci spiega l' isterismo, che colpisce talvolta indifferentemente gl' individui d'ambo i sessi (2)— L'instabilità funzionale nervosa, la ragione non ancora ben salda, i non saldi affetti, ci spiegano il grande predominio in tale età delle *psicosi asistematiche, sensorio-confusionali* — Certamente, in gradi tenui di pazzia, v'hanno tenui segni [semplici idee fisse, umore depresso, sospettosità, isolati impulsi]; ma

(1) Per ulteriori schiarimenti intorno alla *costituzione* dei delinquenti, vedi: *Del Greco* — « Sui delinquenti pazzi » — dalla « Rivista sper. di Freniatria » 1900.

(2) Per ulteriori schiarimenti vedi: *L' individualità somato-psichica della Donna* ecc.

ad accesso conclamato tutto volge a confondersi nella sindrome in parola. Il nucleo delirante è fatto dalle passioni, che dominano in questo periodo della vita, dall'amore, da mistici sogni, da vanitose aspirazioni. E, per le condizioni generali dell' attività cosciente, difficilmente esso mantienesi lucido, seguito nei suoi sviluppi, come nelle paranoie: d' ordinario è spezzato, confuso, aberrante.

Nel campo del sentimento osserviamo (ho detto) poca profondità di affetti, e pazzie non distintamente maniache o lipemaniache, ma indeterminate, o cangianti, improntate a vacua od arrogante gaiezza, quando non a paura, ad angoscia, a depressione torpida (1).

Nell' adolescenza possiamo ritrovare *i lineamenti di tutte le forme psicopatiche,* quantunque abbiano esse certa rapidità di aggravamento, che naufraga presto nella sindrome allucinatorio-confusionale più intensa, o nella stupidità, o nei torpori od arresti catatonici. Nei casi tenui di pazzia è caratteristica la mobilità dell' umore, la fisionomia isteroide del quadro morboso.

Ripeto, di rado notasi fra questi individui salda, persistente una disposizione maniaca o lipemaniaca dell' umore e dell' attività psico-nervosa; bensì con grande frequenza un oscillar di fenomeni dall' uno all' altro aspetto. Fatto, che, nel pieno d' un accesso psicopatico, segna non di rado gli stadî d'una confusione mentale (2).

Tali aspetti e forme hanno attratto non ha guari più che mai la nostra attenzione, per le vedute espresse sull' argomento dal Kraepelin.

---

(1) Sull' istesso argomento: « Temperamento e Carattere. ecc. »

(2) Per la ricostruzione clinica del quadro in parola, vedi dell' istesso A.: « Sulle varie forme di Confusione mentale » ecc.

7. Il Kraepelin riassume le pazzie cicliche, periodiche, quelle maniache [non riferibili a demenza precoce, oppure ad altra e speciale condizione somato-clinica], le riassume in un quadro complessivo — forma maniaco-depressiva —, considerandole tutte come fasi od espressioni di un processo unico.

Notisi frattanto, che la instabilità di aspetto nosografico, or ora ricordata, si osserva nelle pazzie, dell' epoca pubere in special modo, e se in altra età, con maggiore frequenza nelle donne; presso cui meno raramente si hanno esempî di confusione mentale ciclica [vesania tipica del Kalbhaum]. Come pure nelle donne è più agevole a trovarsi la pazzia a doppia forma, descritta dal Ritti e dal Tonnini.

A me sembra, che la mutabilità dell' umore, la tendenza a polarizzarsi, ora nell' eccitamento, ora verso la depressione più grave, si riconnetta [quando non sia fenomeno marcatamente degenerativo] a tutti gli altri fatti dell' adolescenza, a quel processo d' intima elaborazione e crisi, in cui allora trovasi l' organismo, quando le peculiarità di costituzione e temperamento non sono ancora definitivamente stabilite. L' aspetto maniaco-depressivo a me sembra rispecchi tutto questo: vale a dire l' oscillare della nutrizione generale da momenti di rapido incremento ad altri contrarii, ovvero l' oscillare della funzionalità nervosa dalla esagerata attività al torpore; a me sembra *rispecchi la instabile economia d' un organismo tuttora in formazione, scosso da rapidi mutamenti.*

Nella donna, meno differenziata dell' uomo in quanto a costituzione psico-nervosa, ad apparato osseo e muscolare; oscillante nella formula nutritiva per i periodi di depauperamento sanguigno e plastico e per quelli di

pronta riparazione e floridezza, a cagione delle fasi mestruali e delle funzioni materne (1); nella donna si continua ancor più che nell' uomo questa instabilità od elasticità di temperamento, per cui l' umore, la cenestesi con tutto il quadro somatico delle pazzie emozionali, assumono espressioni opposte e cangianti. E ciò maggiormente si aggrava per la degenerazione, che in certo modo esagera [siccome più innanzi vedremo], mette a nudo alcune specialità organico-individuali, onde forse la non rara osservazione di pazzie circolari nelle donne fortemente predisposte.

8. Già il Marro, nei suoi profondi studii sulla pubertà (2), ha osservato che in questo periodo si definiscono più che mai costituzioni e temperamenti. Egli ha distinto un terzo stadio della pubertà [oltre quello di preparazione e di rapido incremento] — da diciassette a ventuno anno nell' uomo, un pò prima nella donna —, in cui si perfeziona l' anteriore sviluppo e l' individualità psicosomatica appare compiuta.

Ora intorno ai venti anni, e più in là, *si accentuano le forme psicopatiche distinte.* E propriamente da questa alla età matura trova l' osservatore le forme più complete di *mania* e *lipemania,* che mantengonsi senza cangiare di aspetto fondamentale, anche cadute nella demenza più profonda. Inoltre in tale periodo si notano le *psicosi sensorio-confusionali* a piega fondamentale depressiva, oppure eccitata, e quelle *paranoiche* — Siccome altrove ho fatto osservare, (3) nella donna predo-

(1) L' individualità somato-psichica della Donna, ecc.
(2) A. *Marro* — La pubertà — dagli « Annali di Freniatria », 1895-98.
(3) L' individualità somato-psichica della Donna, ecc.

minano su quelle paranoiche le altre forme psicopatiche, le cenestesico-emotive. Per le vicende della maternità, per emozioni, fatiche e lunghi esaurimenti [lattazione prolungata , alimentazione insufficiente] , non mancano nelle donne variamente predisposte , a costituzione debole ed infermiccia , le lipemanie ansiose , allucinatorie o confusionali; come le forme sensorio-maniache, a guarigione agevole, nelle predisposte , giovani di età e robuste — Le *pazzie periodiche* in special modo trovansi nella giovinezza e nella etá matura.

In quest' ultima età culminano nell' uomo le forme di *paranoia* , e nella donna s' iniziano talvolta *lipemanie gravi, lucide,* deliranti impulsive o distintamente paranoiche; tutte a prognosi non lieta.

Appunto nella età matura l' organismo entra in altra fase critica : i temperamenti svelano le loro originarie deficienze; ed i centri nervosi, per il lento o rapido venir meno di tutta una specifica funzione (quella sessuale), per l'« usura » subita dalle lotte della vita sociale, e per il diuturno tormento di un' affettività profonda, meditativa, entrano [tra i predisposti, s' intende] in un periodo di decadimento, che traducesi con una degenerazione del carattere, ora classica, evolutiva, come nella paranoia cronica ; ora complicata da gravi ed estesi fenomeni di depressione e tristezza, con delirì od idee fisse impulsive, pericolose per gli atti, che possono seguirne.

9. La grave emotività dolorosa, che ritrovasi all' inizio delle forme lipemaniache o lipemaniache deliranti , è propria [ancora nella vita normale] degli spiriti malinconici, concentrati, maturi, in cui gli affetti sono bene organizzati per natie disposizioni e per le vicende della vita famigliare e sociale. Sembra che dal lato or-

ganico, fra le altre cagioni, tenga la tristezza a certa «usura» dell' elemento nervoso, od a mancata reintegrazione nutritiva generale, rispecchiantesi nella depressa cenestesi. Con l' avanzarsi degli anni, all' equilibrio, od al torpore della nutrizione generale della maturità, segue il lento, o rapido, *venir meno d' ogni riparazione nutritiva*, l' impoverirsi degli organi tutti, compensato, nelle nature robuste, dal cessare dei lavori esaurienti organici; quando in rari casi non si osservi certa nascosta freschezza di nutrizione, prolungante l'equilibrio degli anni maturi. Le pazzie della vecchiezza sono *a prevalenza depressive tra la decaduta vivacità del pensiero e del sentimento.*

Il vecchio è sospettoso, cauto, irritabile, repellente anzichè volto a simpatia, fievole nella memoria, triste non di rado. E le pazzie che s' iniziano nella vecchiaia, pur mantenendo in certa guisa le note fondamentali delle diverse forme, sopra ricordate, volgono a confondersi in un tronco comune.

É difficile, che manchi nelle pazzie del vecchio quella sospettosità, la quale mena non di rado a delirî di persecuzione, di avvelenamento, e complica le forme agitate di una piega reattiva verso l' ambiente, appreso come antipatico o nemico. E' difficile, che la follia del vecchio, anche gaia, non tradisca certa depressione motoria, e fatuità derivante da memoria, sentimenti, intelligenza decadute. Anche i delirî in tali circostanze risentono di questa deficienza, sì che mostransi grandeggianti, vacui, poco resistenti e concatenati. Come notevoli sono nella vecchiezza le pazzie tristi, angosciose, che vanno fino ad ostinate idee ed impulsi suicidi.

Adunque le diverse note, che talora si accentuano nella psiche senile, in forma d' animo sospettoso, di decaduta memoria ed affettività, d' irritabile ed impotente re-

azione, di tristezza, improntano, definiscono tre serie di psicopatie fondamentali, quelle deliranti sospettose o fatue, le agitate, le lipemaniaco-impulsive.

10. Da questa rapida e pur troppo imperfetta esposisizione, credo, risulti evidente al lettore il fatto, *che le psicopatie si sfioccano in forme diverse, o riavvicinano, a seconda del differenziarsi od involversi della individualità psico-somatica normale.* Le psicopatie da una parte, le vicende psico-antropologiche dall' altra, non sono fenomeni puramente collaterali, ma appaiono connesse da un certo rapporto di dipendenza: le seconde entrano a fattori nei mutamenti delle prime — Senza dubbio i fenomeni della malattia hanno le loro leggi, un determinismo particolare, non isolato però, non scisso appieno dai fenomeni normali, ma continuantesi con questi ultimi. La individualità malata ha una piega dominante fenomenica, e questa le viene impressa [in parte almeno] dalle peculiarità dell' individuo sano (1) — Tra quest' ultimo e l' altra non v' ha un abisso, come reputano alcuni, ma continuità. Infatti, psicologicamente, con sottili transizioni, n' è dato passare dall' uno all' altra. Ora che gli alienisti si dispongono a studiare gl' innumerevoli casi di modificazioni psicopatiche guaribili, occorrenti fuori del manicomio; vedranno presto colmata la lacuna, che insiste fra l' individualità sana e quella disordinatissima del folle ricoverato.

I fatti, precedentemente esposti, esaminati da un altro punto di vista, ci avrebbero volti a riassumere in due ordini le alterazioni [specialmente quelle psicologiche] delle individualità inferme rispetto all' uomo medio:

(1) Vedi dell' istesso A: " Malattia e teorie biologiche sulla genesi del delitto „ dal Man. mod. 1896. e " Sulla psicologia della individualità „- Atti della Società Romana di Antropologia, 1898.

I) Nel folle dissolvonsi le espressioni psicologiche più complesse ed instabili, meno resistenti, in formazione. Così nel fanciullo domina la pazzia morale e l' incoordinazione dei movimenti e degli atti, perchè nel fanciullo il senso morale non è ancora formato, ed i movimenti, gli atti non hanno ancora raggiunto un assetto saldo, definitivo. Nell' adolescente è grave la confusione, l' astenia razionale e volitiva, perchè in quella età non continuati sono gli sviluppi e le costruzioni volontarie e razionali, mentre intensa è la vita cenestesica con quella immaginativa. Domina nella età matura la paranoia, perchè verso questa età col dominio della ragione incomincia ad oscurarsi il carattere, stanco delle lotte diuturne, e volge al decadimento della vecchiaia, in cui, allo stato permanente, di spesso l' individuo si mostra sospettoso, troppo cauto ed incerto. Indi la direzione persecutoria delle idee del folle maturo e senile.

II) Inoltre avremmo notato quanto già dagli esempî, ora addotti, appare evidente, vale a dire l'accentuarsi delle note somato-psichiche più stabili, automatiche, saldamente acquisite. Perciò il fanciullo infermo di mente è aggressivo, vorace, mobilissimo, essendo in lui poderosa la vita nutritiva con gl'istinti che l'accompagnano, attiva molto quella riflessa: l'adolescente è sognatore, impulsivo od inerte; il maturo, lucido, delirante; il vecchio, triste, sospettoso.

Dall'analisi clinica adunque appare evidente il dissolversi delle formazioni psicologiche più elevate ed instabili e l'accentuazione di quelle fisse, ripetentisi ognora. Questi mutamenti psicologici, in quanto paralleli a caratteristiche espressioni somatiche, fanno supporre anche nel lato materiale, in particolar modo nei centri nervosi, un venir meno di elementi e funzionalità, nuove ed elevate, rispetto ad altre più antiche e stabili.

Il fatto in questione l'ho pure dimostrato nello studio delle pazzie della donna, quando ho esposto, come in essa dominino le follie asistematiche e quelle emotive. Nella donna, più che nell'uomo, sono deboli il pensiero astratto e la volontà coordinatrice, mentre appaiono accentuatissimi gli affetti, le oscillazioni di temperamento. Perfino la delinquenza in essa dispiegasi lungo la linea della peculiare costituzione psicosomatica: è affettiva, tutta perversità e suggestione d'atti violenti; di rado esecutrice ed aggressiva. Anzi, quando è tale, la donna ha le note antropologiche d'una virago, siccome è stato ben visto nelle criminali assassine.

11. Nell'individuo, che volge a pazzia, incomincia ad esser leso dapprima il culmine della mente e del carattere, il criterio e l'energia morale, ogni riflessione e ponderato giudizio: indi variamente si rinforzano e dissolvono i contesti psicologici, più o meno complessi ed automatici, certe attitudini o talenti o modi d'intuire, il senso sociale, gli affetti familiari, la simpatia; e dominano [già fin dall'inizio] le preoccupazioni personali e le emozioni istintive (1).

Questo decadimento (peculiare degli accessi psicopatici volti a demenza) non appare in ogni caso, così ordinato, pur rivelando nei suoi sviluppi tale disposizione fondamentale; nè procede semplice e spedito, ma si complica di un' *intima vicenda.*

Nella psicopatia è tocca l'energia sintetica, caratteristica della coscienza. La personalità tende a dissolversi: gruppi di fenomeni psicologici automatici, idee fisse, emozioni dominanti, impulsi incoercibili, si accentuano tra la depressa energia autocosciente; *e questa reagisce al*

(1) Dell'istesso A.: « Genesi del Carattere e Psicopatie » — dal Manicomio mod. 1900.

processo dissolutivo, indicato dai fenomeni in discorso. Come in patologia comune vi è lesione da una parte, compenso fisiologico dall' altra; così in patologia mentale vi sono due analoghi momenti. I delirii, gli atti così strani del folle, spesso non sono, che la risultante delle reazioni coscienti ai fenomeni di disgregazione psicologica, i quali pervadono ed investono man mano la personalità tutta (1) — È questa l'intima vicenda, di cui risulta il processo psicologico morboso: è fatta di dissoluzione ed inadeguata reattività, sintetica, formatrice cosciente. Tale condizione osservasi in tutte le forme psicopatiche; sia che appaia fievolissima la reazione cosciente (come nei confusi torpidi), o, molto accentuata, in personalità scissa, divisa, per gruppi di fenomeni psicologici disintegratori (come nei paranoici o folli degenerati); o l'energia autocosciente si mostri vinta, coverta, fiaccata dal processo risolutivo, implicante le espressioni fondamentali, il fondo cenestesico-emozionale ed appetitivo della individualità psicologica, come nelle gravi manie e lipemanie.

Questa medesimezza di processo, che si accentua dalle tenui depressioni neurasteniche, o di fatica cerebrale, alle psicopatie più gravi ed assodate, che si ritrova dalle individualità, meglio evolute e salde, a quelle degenerate od in arresto, instabili o fiacche del tutto; questa unità di processo psicologico, che *nella sindrome confusionale semplice ha la sua espressione più caratteristica e sgombra di complicazioni (2)*, variamente muta, a seconda della età, del sesso, delle note

(1) Vedi dell' istesso A.: « Idee fisse e disgregazione psicologica ». Note dagli « Annali di Neurologia » 1900 — e « Sulla cura morale dell'accesso psicopatico » dal Man. 1901.

(2) Sulle varie forme di Confusione mentale, ecc.

individuali (1), *e specialmente muta col grado e la qualità di degenerazione* — La degenerazione è l'altro elemento, che bisogna mettere in luce per spiegare, in una con le peculiarità bio-antropologiche normali, il divergere e distinguersi delle forme psicopatiche.

12. A noi finora è rimasto ignoto l'*intimo processo organico*, da cui è formato un qualsiasi accesso psicopatico. Certamente sembra esso abbia sede encefalica, e risulti (giusta studii recenti) di fine alterazioni nelle cellule nervose. Quindi deve avere non poca importanza, a determinarne la intensità ed il decorso, la *varia resistenza originaria od acquisita di tali cellule*, o meglio la varia loro tendenza a decadere, il loro indice degenerativo—Da molti autori è ricordato, che v'hanno individui più saldi davanti alle psicopatie, altri meno; e ciò, fino ad un certo punto, in rapporto al grado di *degenerazione antropologica*. Un simile concetto, espresso in maniera tanto vaga, potrebbe trovarsi erroneo in molti casi, essendovi degenerati, i quali, nonostante il grave disequilibrio mentale, non possono dirsi, a rigore, alienati di mente. Senza dubbio quel grado di degenerazione antropologica, che rivelasi dai caratteri somatici (indicanti anomalie di formazione e sviluppo nel lato statico, costituzionale

(1) Ho tentato ancora di vedere il particolare contegno, che le forme psicopatiche assumono secondo la razza ed il popolo, mettendo in rapporto i caratteri delle vesanie nei meridionali d'Italia con alcune note del Carattere e della Mente di questi ultimi. Simili tentativi vanno incontro ad enormi difficoltà, poco conoscendo noi, fra le altre cose, delle razze i caratteri antropo-fisiologici normali. Eppure questi studii sono più che mai seducenti. Bisognerebbe, che un istesso osservatore avesse agio di osservare gl'infermi di mente sotto diversi climi ed in diversi popoli, società e regioni — (*Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno d'Italia* — dagli Annali di Nevrologia, 1895 — e *Elemento etnico e psicopatie negl'Italiani del Mezzogiorno* — Atti della Società Romana di Antropologia, 1895.).

della individualità organica), mostrasi di non lieve valore per *determinare, se non l'accesso psicopatico, la forma di esso*, o meglio delle forme *la classe*, a cui un possibile accesso converrebbe. Si sa, che le psicopatie in quelli, che presentano *arresti* nello sviluppo costituzionale o *deviazioni* di sviluppo (idioti, imbecilli, degenerati inferiori), appaiono ben diverse da quelli, che le *hanno sottili e profonde, ovvero tenuissime* (degenerati superiori, predisposti).

In altro lavoro (1) ho fatto osservare, che la *costituzione*, da un simile punto di vista, bisognava dividerla in *generale*, ed in *limitata* a quella parte delle regioni encefaliche, che propriamente si riferisce alle aree sensoriali, ai centri del linguaggio, di associazione fra questi ed i movimenti più sottili e differenziati: tutti complessi anatomo-istologici a prevalenza corticali, ultimo portato della evoluzione organica individuale. Nei degenerati inferiori è tocca, in una con l'arresto dei centri encefalici ultimi, la *costituzione generale*; nei superiori, meno la parte generale, più la limitata: quindi la rarità di anomalie somatiche in molti paranoici, isterici, delinquenti elevati.

L'individualità organica ha non soltanto un aspetto statico, ancora uno *dinamico:* e questo dobbiamo scinderlo nel lato dinamico, che si riferisce alla costituzione generale, e nell'altro, che si riferisce ai centri encefalici ultimi. Il primo viene nomato *temperamento*. È diverso a seconda degl' individui, del sesso, della età. Le cagioni morbose, che infirmano la nutrizione generale, pervertono il temperamento, il quale è coordinazione dei poteri nutritivi rispetto alle funzioni di relazione, ad

(1) « Il fondamento biologico del Carattere nelle indagini psichiatriche » — dalla Rivista di Scienze biologiche, Como, 1900.

atti automatici ed istintivi; e rivelasi più che mai nel tono delle emozioni (1).

Il secondo lato della individualità dinamica, *quello fisiologico dei centri encefalici superiori*, che pare sia leso nella pazzia, ha col temperamento continuità e connessioni svariatissime. Tale lato della individualità e la *parte costituzionale limitata* sono gli aspetti fisiosomatici precipui della mente e del carattere. E come la mente ed il carattere (specialmente il secondo) formano tutt' uno con la individualità cenestesica ed istintiva; così l' aspetto fisiologico e statico delle regioni encefaliche ultime si continua e solidariamente opera e confonde con gli altri centri e regioni di tutta la individualità organica.

13. Il processo organico della follia, se (a quanto sembra) importa alterazioni tenui o gravi nelle cellule dei supremi centri encefalici, non si scompagna da lesioni o turbamenti in quelli sottoposti. La fisiologia degli alienati di mente, tuttora di là da venire, pare lo lasci supporre da alcune, benchè frammentarie ed inadeguate, osservazioni. Davanti alle comuni malattie i folli non di rado reagiscono in modo diverso dai sani di mente. I centri termici, vasomotorii, del respiro, del cuore (segno di coordinazioni ed attività, dal cui contesto risulta in parte il temperamento) sembra funzionino in modo speciale nei pazzi, lesi da infermità diverse. È questo un lato oscuro della clinica psichiatrica, degno d'ulteriori e pazienti indagini, che, se fosse appieno confermato, in quanto si riferisce alla presente affermazione, ne lascerebbe ancora supporre, *modificazioni di temperamento essere punto estranee alle sindromi*

---

(1) « Il fondamento biologico, ecc. »

psicopatiche. Veduta, che si connetterebbe a quanto sopra abbiamo ricordato; cioè che la piega dominante del temperamento, diversa a seconda delle età, coincide col predominio di alcune forme psicopatiche (manie della fanciullezza, lipemanie della vecchiaia); come l'abnorme o mancata energia nella funzionalità cerebrale elevata, in una con altre perversioni funzionali, ancora ignote, rivelantisi, quali alterazioni cenestesiche, quali nevralgie, od altro; sono tanta parte delle forme deliranti, paranoiche o paranoidi (della età matura e vecchiezza, ecc.).

Riesce più agevole dimostrare (siccome abbiamo nel precedente paragrafo espresso) la partecipazione del *lato statico* della individualità organica alle diversità dei morbi mentali — Le follie sono a base di fenomeni di *disgregazione* e *manchevolezza* psicologica: la disgregazione psicologica, notevolissima in alcune psicopatie (forme con lucidità mentale), è parallela, entro certi limiti, se non proporzionata, alla *degenerazione costituzionale*; come le manchevolezze d'intelligenza e sentimento, tanta parte delle imbecillità ed idiozie, sono parallele ai gravi o tenui *arresti di sviluppo* organici.

Sembra, che la *degenerazione costituzionale*, difficile a stabilire nei casi, in cui è limitata ed interna; evidente in quelli d'alterazione esterna ed accentuata; influisca nei secondi casi col determinare, anzichè la forma, la *classe* di psicopatie — La *degenerazione di temperamento e di funzionalità cerebrale elevata*, senza andare scissa da quella costituzionale, essendo ambedue facce di un medesimo tutto; poichè riesce agevole a constatare in sugl' inizii, più della seconda (chè risulta essa di fenomeni, dinamici, instabilissimi nella pratica delle funzioni quotidiane), appare a noi nei casi tenui collegata ai fenomeni della vita normale e segna quelle sottili variazioni, che stanno fra sanità e malattia, e

che *sono gli accenni delle svariate forme psicopatiche.* Allorchè la degenerazione dinamica si accentua, dimostrasi connessa *al grosso* delle variazioni costituzionali; e l'una e le seconde, sono in tali emergenze originarie, anzichè acquisite (1).

14. Riassumendo. La individualità normale, vista nella sua storia, a seconda delle età, del sesso, degl' individui, ci svela il primo differenziarsi di quei fenomeni psico-organici, che nell'accesso psicopatico si esagerano o dissolvono, determinando in quest'ultimo caratteristiche differenze. Tali differenze, e in generale le forme e le classi psicopatiche, non sono nettamente divise, profonde, ma deviazioni da un tronco comune: e si formano, non soltanto per i mutamenti peculiari della individualità somato-psichica in rapporto alle età (come ora ho detto), al sesso, alle note individuali; ma *per tali mutamenti in una con la diversa qualità ed il diverso grado di degenerazione individuale* — Propriamente, alla genesi delle *specie* o forme psicopatiche danno senza dubbio il primo inizio le variazioni della individualità normale, che ognora muta negli aspetti organici, statici (costituzione) e dinamici (temperamento e funzionalità cerebrale elevata). Ma queste variazioni, perchè esplicantisi nell' ambito normale, non bastano: urge ancora l'azione di fattori esaurienti, o meglio dell' *elemento degenerativo*, che si rivela agevolmente a noi in simiglianti casi con deviazioni di « temperamento e di funzionalità cerebrale », acquisite o congenite che sieno — Alla genesi delle *classi* psicopatiche contribuisce un aggravarsi di alterazioni individuali di

(1) Per ulteriori schiarimenti intorno ai rapporti tra costituzione e temperamento, vedi dell'istesso A. « Il fondamento biologico, ecc. ».

maggiore importanza; quello che risulta dall' azione di fattori marcatamente ereditarii o congeniti, o dell' uno e dell'altro ordine nel tempo istesso, i quali *deviano notevolmente e rendono inadeguato lo sviluppo individuale,* rivelando i loro effetti, in special modo, con gravi e patenti anomalie di « costituzione ».

Nell'un caso e nell' altro possiamo conchiudere, che l'elemento degenerativo, alterando l' individuo, turbandone gli sviluppi, dissolve temperamenti, costituzioni, menti e caratteri, li accentua in alcuni lati, li deprime in altri, più o meno profondamente; non a caso però, ma secondo leggi, *determinate inizialmente, in parte,* dalle formazioni della vita normale; e contribuisce per tal modo alla genesi di specie o classi psicopatiche, distinte e molteplici.

15. Alle precedenti v'è da opporre un' altra considerazione non meno importante. Non potrebbe l'*elemento degenerativo soltanto* essere la causa delle svariate forme psicopatiche? Non potrebbe l'elemento degenerativo turbare così profondamente l'organismo da mutarne la piega nutritiva e cerebrale dominante, in modo da far riuscire chi è disposto alla floridezza nutritiva ed alla espansività (un sanguigno, ad esempio) alla lipemania, o viceversa un malinconico alla mania?

È comune esperienza, che al principio d'ogni accesso psicopatico si abbia mutamento d' abitudini e di Carattere. Un simile mutamento non potrebbe essere così profondo da raggiungere le disposizioni nostre organiche fondamentali, ed alterarle in modo da spezzare ogni continuità, ogni derivazione dall' individuo sano, o pressochè sano, di prima?

Notisi, che abbiamo detto osservarsi disordini psicopatici lievi, fuggevoli, guaribili, in individui non pre-

disposti, in seguito a fatica cerebrale, oppure ad esaurimenti neuro-nutritivi; e tali disordini avere già nella individualità sana i primi rudimenti — Quando le condizioni esogene di follia si aggravano, abbiamo visto fin dalle prime pagine, che non seguono forme vesaniche, ma pazzie, irte di sintomi neuro-organici svariatissimi, e mal definite dal lato psicologico (pazzie tossiche, ecc.). Le vesanie, distinte, bene definite, le troviamo nei *predisposti* o *degenerati superiori, nei quali poca e talvolta minima è l'azione di peculiari fattori esogeni,* grande la fatalità organica ed interna, che si accentua al sopraggiungere delle età critiche (adolescenza, maturità, ecc.).

In proposito tutto il decorso di una vesania ha l'aspetto più che di malattia, di processo morboso; ha l'aspetto di processo degenerativo, di fatale china verso cui piega l'individuo, e donde, caduto, talvolta risorge; più spesso si rialza e cade di nuovo, periodicamente od a lunghi intervalli, quando non perdesi fin dal primo accesso nella demenza consecutiva, od in un lento, progressivo venir meno (esteso o limitato) della psiche.

L'elemento degenerativo in questi individui non è sopraggiunto, come una causa morbosa qualsiasi d'indole esogena, ma è originario, *profondamente compenetrato nelle vicende biologiche individuali.* Si trova al caso nostro nei predisposti o degenerati superiori, presso cui le « anomalie costituzionali » sono nascoste, sottili, limitate in gran parte ai centri encefalici, e si rivelano più con disordini fisiologici, anzichè con alterazioni strutturali esterne. Tali disordini sono pertinenti al comune temperamento neurastenico, alla mutabilità grande di umore, all'indole fantastica, ombrosa, all'esauribilità notevole, quando attendasi a lavori, passionati e complessi. Condizioni esterne determinânti, fa-

tiche, emozioni esaurienti, maturano, anzichè creano la disposizione originaria alla pazzia.

Quindi tutta la sottile preparazione psicopatica, il dispiegarsi di sintomi, tenui e svariati, rivelanti il progressivo « usurarsi » e la natia instabilità dell'elemento nervoso, non sono qualche cosa di sopraggiunto, ma di evolventesi, o meglio di aggravantesi lungo l'età, che alla fine, come a punto di massima saturazione o dislivello, arriva, si esplica nell'accesso psicopatico, pieno, movimentato, ricco di sintomi psicologici. Tali accessi sono la crisi di un temperamento e d'una psiche squilibrata o facile a disequilibrarsi, costituiscono una *variazione*, per quanto disintegrativa, del temperamento e del carattere normale: non sono in acutissimo disaccordo con la personalità media, bensì appaiono continui con chiare, o latenti note, di abnorme sviluppo in questa, per quanto abbia potuto concorrere a generar tali accessi (intensamente, oppur no) l'azione svariata di condizioni patogene esterne.

16. Certamente fra gl'individui in parola vi sono alcuni, che presentano all'esplodere della follia profonde mutazioni di tutto l'atteggiamento neuropsichico, e, nel pieno dell'accesso, un polarizzarsi della psiche e del temperamento tra espressioni opposte; ma formano essi un gruppo a parte, bene limitato. Sono individui (giusta quanto abbiam detto) ognora a temperamento e carattere oscillante, mal definito (come tra gli adolescenti), o molteplice d'aspetti ed attività, instabilissimo (come i circolari, gl'isteroidi) — L'accesso psicopatico, negli altri tutti, se rivela agl'inizii un accentuarsi delle note neurasteniche, uno stato d'aumentata tristezza e depressione, presto mettesi lungo la via propria ad ognuno, segnata dalla peculiare individualità somato-psichica.

La pazzia arresta, lede profondamente le parti ultime ed elevate della nostra personalità (abbiam detto), ed esagera, altera le disposizioni istintive e neuro-organiche fondamentali, talvolta rimaste celate nelle esperienze della vita ordinaria.

Notisi, che la pazzia non è morbo della nutrizione generale, o del cuore, o dei visceri addominali, ma *ha sede nell' encefalo.* Alla base del cranio, nel pavimento del quarto ventricolo, sono scaglionati i centri della vita vegetativa in rapporto a quella di relazione. Ed il turbamento di questo complesso centrale denota il turbarsi del temperamento, e quindi della nutrizione generale; ovvero la nutrizione generale, alterata per cause estranee a quelle operanti sul sistema nervoso (mestrui, lattazioni, ecc.), stimola e sposta gl' instabili centri regolatori di essa (1).

I centri del temperamento (passi la espressione) sono solidali con gli altri encefalici tutti. Il processo psicopatico, lento o rapido, grave o tenue, rivelante ognora dal lato psicologico una depressione volontaria ed appercettiva in una con l' acuirsi di espressioni automatiche, è *parallelo a mutamenti di attività nei supremi centri encefalici;* e tali mutamenti involgono, o

(1) In altro lavoro (*Di alcune recenti vedute in psichiatria - Parte I. Induzioni di anatomia patologica* — dal Man. mod. 1893 —), riassumendo alcune mie osservazioni intorno ai reperti necroscopici di vesanici marasmatici, caratterizzati da *lesioni molteplici e diffuse in organi diversi*, e per analogia con reperti d' infermi sani di mente deceduti per altre malattie croniche, insistei sulla ipotesi, che *alterazioni discrasiche* non fossero state estranee alla genesi di quelle lesioni molteplici e diffuse. Le alterazioni discrasiche avrebbero avute a radice, fra le altre, un alterato ricambio cerebrale, giusta le ricerche del Brugia, Agostini, ecc. In seguito, dopo altre osservazioni (*Dell'aortite cronica negli alienati di mente* dal Man. mod. 1896), senza rinunziare all'origine discrasica, od ematogena, che dir si voglia, di molte lesioni — nei paralitici specialmente e negl'infermi di psiconeuropatie —, avanzai la ipotesi, che negli alienati di mente vi fosse una *originaria invalidità delle cellule* dei tessuti in apparati diversi, e specialmente nel sistema nervoso, onde le *senilità*, accennantisi qua e là nelle svariate regioni organiche. Dopo tutto *degenerazione* suona *invalidità so-*

s'iniziano dai centri del temperamento. Quest' ultimo e la costituzione generale appaiono nei degenerati superiori, *anzichè deformati e lesi profondamente*, *fatti (ab initio e per circostanze sopraggiunte) instabili, cagionevoli.* Le gravi deficienze, man mano generatrici di follia, si riferiscono, nei soggetti in parola, di buon' ora al *vertice della individualità*, nonostante che talvolta le covrino brillanti attitudini, potenza intellettuale inventiva, peregrine manifestazioni di Carattere sotto il dominio di qualche idea dominatrice.

Segue da ciò, che la degenerazione dei vesanici non è tale da spezzare, durante l' accesso, ogni continuità con la *disposizione fondamentale organica*, ma da esagerarla in vario senso. Tale degenerazione appunto rivela, nelle svariate sindromi psicopatiche, le alterazioni delle peculiarità somato-psichiche fondamentali.

Non può dirsi lo stesso, se dai degenerati superiori discendiamo agl' *inferiori*, agl'individui con *arresti di sviluppo.* In questi casi la degenerazione *lede profondamente la costituzione generale e deforma ancora i temperamenti.* Appunto negl' individui con arresti di sviluppo, nei degenerati inferiori, le forme vesaniche

matica, ed accentuasi nei diversi gruppi d'individui (sieno artritici, o scrofolosi, o psicopati), ora in un apparato, ora in un altro, e, talvolta, dell'istesso apparato in diverse regioni. Così le ateromasie, ora sono diffuse, ora localizzate - I predisposti alla follia rientrano in questa grande classe degl'invalidi organici; e la sede delle loro deficienze é encefalica. Ció non esclude, che vi sieno *accenni di senilità* in altri organi, chè l'una deficienza difficilmente si scompagna del tutto da altre. Questo, delle correlazioni degenerative nei diversi tessuti organici, è un capitolo appena intravisto. Inoltre, per i disordini dei centri del temperamento, la nutrizione generale è nei vesanici turbata, onde le alterazioni discrasiche e le consecutive e svariate lesioni, tenuissime o notevoli che sieno. Nè va del tutto respinta la ipotesi, che derivino possibili discrasie da prodotti di alterato chimismo cerebrale — Come vedesi, queste varie ipotesi intorno al lato organico delle psicopatie (delle vesanie in special modo, nelle quali è più difficile la ricerca) si completano fra loro; accennano a problemi oscuri ed a fenomeni in gran parte ignorati. Importantissimo fra essi è il problema dei rapporti fra *nutrizione generale o limitata in alcuni organi e centri nervosi*: problema di capitale importanza anche nella medicina comune.

non più si ritrovano distinte, ma incominciano a confondersi, sino ai torpori dell'idiota, alle subite scariche ed alle subite depressioni dell'epilettico grave.

17. Resta quindi limitata la mia asserzione, espressa nelle prime righe di questo scritto, ad una classe sola di psicopati. Vengono esclusi tanto quei casi, in cui i fattori esogeni sone intensi e precipui creatori della psiconeuropatia (pazzie tossiche, infettive, ecc.), quanto gli altri, in cui la deformazione organica è notevole ed estesa, o profonda, teratologica (degenerati inferiori, con arresto di sviluppo). Nella zona media, *riferibile ai predisposti e degenerati superiori,* si esplicano le vesanie; e le loro svariate forme risultano di alterazioni di temperamenti, costituzioni, Caratteri, ecc.; alterazioni, di cui già si trovano gl' inizii nei mutamenti della individualità sana, in rapporto all' età, al sesso, alle peculiarità individuali.

Per tal modo le svariate forme psicopatiche si generano per le diversità somato-psichiche individuali e profonde, rese accentuate e pervertite dalla degenerazione: *emanano quindi da un centro unico, da una unità fondamentale.*

Se dal punto di vista clinico-antropologico questa mia affermazione è ancora non dimostrata appieno, benchè [giusta quanto ho esposto nelle scorse pagine] abbia un cumulo di fatti in appoggio: dal punto di vista clinico-psicologico si mostra più fondata.

L'analisi psicologica rivela, che tutte le vesanie, od i processi psicopatici, hanno una linea fondamentale unica, riassumentesi da noi provvisoriamente nella formola di inadeguate *reazioni, coscienti, integrative, sintetiche allo stato permanente, od al lavorio, di disgregazione psicologica.* Questa linea fondamentale indica una disposizione, una uniformità tra i molti e svariati

fenomeni, che si ritrova ancora all'inizio, è momento generativo di tutte le sindromi vesaniche. Di essa ignoriamo finora l'espressione *fisio-somatica* [fatica, esaurimento cerebrale (?), degenerazione delle cellule corticali (?) tra condizioni diverse, ecc.] — Notisi, che la *psicologia patologica* non è da confondersi con la *psichiatria*, quantunque ne sia trattazione indispensabile. Per lo psichiatra è importante, sia un caso di paranoia classica, che una frenosi tossico-infettiva dai sintomi psicologici indefiniti, avendo per esso l'uno e l'altra notevole valore in rapporto alla etiologia, alla patogenesi, alla prognosi, al trattamento. Per lo psicopatologo, o meglio per il patopsicologo (1) l'obbiettivo si limita più al caso di paranoia classica: questi ha in mira la *ricostruzione di un processo psicologico morboso*, più o meno circostanziato, e visto senza dubbio in rapporto ai fattori biologici e collaterali aspetti somatici; ma simiglianti fattori ed aspetti non li cerca specialmente, nell'intreccio d'ogni singola espressione psicopatica. E ciò perchè egli è sopratutto psicologo. Lo psichiatra reputa indifferente, se nella sindrome in istudio predominino fatti psichici o somatici; anzi si adatta meglio con i fenomeni somatici, essendo più che mai un medico ed un biologo. L'altro, non legato da necessità impellenti di trattamento terapeutico, caso per caso [quantunque vi sia ancora una cura morale, e l'educatore, il criminologo, ecc., traggano dagli studi patopsicologici grande utilità], cerca i fatti psichici dalle espressioni rudimentarie o nascenti alle più evolute, *e li cerca nelle condizioni più favorevoli ed opportune alle sue indagini.*

---

(1) Invece di " psicopatologo „ sarebbe più esatto dire " patopsicologo „. Nei miei antecedenti scritti ho adoperato il vocabolo " psicopatologia „ specialmente nel senso di " psicologia patologica „. A rigore "psicopatologia „ suonerebbe " patologia mentale „, vale a dire indagine, a prevalenza, degli aspetti materiali delle alterazioni psichiche. Vero è, che i due ordini di fenomeni formano una realtà sola.

Nell'ambito delle vesanie esplicasi con grande efficacia l'opera dello psicologo, tentandovi ricostruzioni, che sono, davanti ai problemi bio-patologici, *come un lavoro di avanscoperta.* Infatti parallelamente all'alterazione psichica fondamentale, considerata in tutto il suo decorso, v'ha senza dubbio un'alterazione nei processi organici; alterazione che si riassume, forse, nella legge istessa della degenerazione antropologica, vista tra i compensi e sviluppi, tra le manchevolezze e le regressioni degl'individui e degli organi viventi — Frattanto la nostra psiche si è formata in mezzo alle innumerabili vicende dell'organismo animale, con l'integrarsi dei temperamenti, delle costituzioni, degli organi dei sensi, con l'integrarsi dei supremi centri encefalici [aspetti somatici e precipui della mente e del carattere] nell'ambito sociale. Una buona parte quindi della sua storia è cristallizzata nelle forme e funzioni dell'organismo; e le *dissoluzioni psicodegenerative,* lasciando supporre in correlazione *altre organiche,* disponendoci a ricercare queste e la loro legge, ne danno il mezzo di penetrare della psiche la lontana istoria. Inseguendo le linee somatiche degenerative, dopo averne intravvedute le psicologiche [guida e presentimento delle prime], facciamo opera utile anche per la psicologia. Chè da quelle linee somatiche, con maggiore coscienza e precisione, ci volgeremo novellamente a ricostruire il mobile, profondo, inafferrabile lavorìo psicologico, pari al geologo, che dalla disposizione e specie delle rocce, dai depositi e dai fossili, ricostruisce le lunghe e talvolta grandiose vicende di un mondo, ricco di piante e d'animali, tra il sole luminoso e il fluttuar perenne dell'oceano; mondo omai trasformato del tutto.

Nocera, 10 Gennaio, 1902.

Istituto di Psichiatria e Medicina Legale in Pisa
diretto dal Prof. **Sadun.**

LE OSCILLAZIONI DEL RICAMBIO MATERIALE NELL' EPILETTICO

PEI DOTTORI

U. Alessi e A. Pieri

L'armonia morfologica delle varie parti costituenti l'individuo è la base fondamentale dell'armonia psichica o per meglio dire di ciò che costituisce l'uomo normale. Ciò ci rappresenta un concetto più ideale che reale, poichè quest' armonia perfetta sarebbe di ostacolo alla formazione delle varietà individuali, di razza e delle specie animali e forse anche al progredire di tutti i processi psichici; per cui la disarmonia morfologica non è affatto contraria allo stato normale di un dato essere vivente, purchè oscilli in limiti ristretti e determinati dalle varie condizioni etniche e del periodo storico, inquantochè, essendo appunto la psiche il risultato ultimo di tutto l'insieme dell'organismo, le alterazioni di una parte possono trovare compenso nel più regolare sviluppo di un'altra o di altre insieme, in maniera da non venirne alterato il prodotto finale. É naturale che, quando queste oscillazioni sorpassano certi limiti, si entra nel campo dell'anormalità. Abbiamo di ciò piena conferma nel fatto che la maggiore disarmonia morfologica si trova appunto negli anormali (pazzi, criminali, prostitute, epilettici). (Lombroso, Ottolenghi, Tonnini ecc.)

A proposito di queste disarmonie morfologiche, noi

non ci occuperemo altro che di quelle, che appaiono evidentissime negli epilettici. Sotto questo rispetto troviamo magistralmente delineato questo concetto nelle parole del Lombroso, che disse: « l'epilettico essere formato da due metà di personalità diverse incollate una coll'altra ».

Ricordiamo in breve le principali osservazioni in proposito. E noto a tutti come sia frequente l'asimmetria della faccia negli epilettici e come il Lasegue abbia detto che basta la sola asimmetria per far diagnosi di epilessia. Va notato però che in questo concetto vi è esagerazione, poichè si possono avere degli asimmetrici facciali senza che sieno epilettici, mentre è rarissimo e per alcuni impossibile trovare un epilettico il quale non presenti questa alterazione morfologica. Sono pure molto frequenti le plagiocefalie e le deviazioni del naso, le quali si uniscono quasi sempre all'asimmetria della faccia, mettendola così in maggiore evidenza. (Pisau, Tonnini, Ganel, Ferè etc.).

Secondo Bianchi è facile pure l'ineguaglianza delle pupille e lo strabismo, e secondo Ferè, oltre la disuguaglianza pupillare, sarebbe frequente l'asimmetria nel tono del colore dell'iride, ciò che è ammesso pure da Roncoroni, De Bono e Dotto (1), studiando l'indice orbitario negli epilettici, hanno trovato che raramente questo è uguale ai due lati. Il Ferè (2) in 100 epilettici trovò un gran numero di astigmatici, dei quali molti presentavano astigmatismo da una sola parte.

Il Tonnini (3) trovò che il mancinismo anatomico è

(1) De Bono e Dotto - L'occhio negli epilettici. Archiv. di Oftalmologia - 1894 Vol. I.

(2) Feré - Les epilepsies et les epileptiques. Paris 1890.

(3) Tonnini - Le epilessie in rapporto alla degenerazione. 1891 pag. 198.

sempre maggiore negli epilettici che nei pazzi; ciò specialmente per la coscia, poi per la gamba e per il braccio, e trovò perfino la forma di mancinismo o destrismo paradosso, vale a dire che mentre riscontrava mancinismo per lo sviluppo trovava destrismo per la forza. Notò pure mancinismo o destrismo muscolare incrociato, cioè mancinismo per lo sviluppo nell'arto superiore e destrismo per la forza nell'arto inferiore.

Lo Zuccarelli (1) su 20 epilettici alienati trovò 18 volte asimmetrie toraciche. Anche il Ferè ricorda di avere trovato un'anomalia di una metà toracica e il Poland, da lui citato, avrebbe osservata la mancanza di un muscolo pettorale in un giovane.

Per quanto riguarda le asimmetrie delle mani il Vielle (2) notò che vi è maggiore sviluppo della parte sinistra e ciò in relazione al frequente mancinismo. Si è notata con frequenza anche la diversità di lunghezza delle dita e secondo Ferè in 69 su 134; di cui 34 da una sola parte, 27 a destra e 7 a sinistra. Anche per ciò che riguarda le anomalie di lunghezza dell'alluce rispetto al secondo dito si sarebbero trovate da Ferè su 130 epilettici 10 volte a destra e 2 a sinistra.

De Bono e Dotto (3) osservarono che spesso unita alla plagiocefalia degli epilettici, ed anzi al lato opposto di questa, la acuità visiva era più debole; notarono pure che negli epilettici predomina (51,06 o|o) la iperforia, ossia il dislivello degli assi oculari, non-

(1) Zuccarelli — Atti del Congresso di antropologia criminale di Roma. 1885 pag. 443.

(2) Vielle — Quelques considerations sur l' epilepsie et plus specialement sur l'epilepsie associée à de certaines malformations du corps et. 1878.

(3) De Bono e Dotto — loc. cit.

chè spesso disuguaglianza del campo visivo pei due occhi, campo visivo che del resto è sempre assai ristretto.

Il L o m b r o s o pel primo e poi il T o n n i n i notarono negli epilettici il mancinismo sensorio pel tatto e anche per altre sensibilità. Il T o n n i n i pel tatto lo riscontrò 7 volte su 9. Il V e n t u r i avrebbe osservata una diminuzione della forza uditiva al lato opposto della plagiocefalia, ciò che pure ha confermato il T o n n i n i.

Il V e n t u r i notò pure disuguaglianza dei riflessi tendinei, specie patellari, dei due lati; e questo fatto il T o n n i n i crede che si possa riferire alla diversa condizione di sviluppo degli emisferi cerebrali. Il F i n l a y trovò ancora in due epilettici il clono del piede da una parte sola.

Nella Nouvelle Iconographie de la Salpetrière (1888) si trova una fotografia dimostrante una lentigo unilaterale della regione cervicale in un epilettico.

Il C e n i (1) notò delle crisi ipotermiche negli epilettici durante la giornata e C h a r o n e B r i c h e (2) notarono che esistono nel dì variazioni dell'alcalinità del sangue con un minimo dalle 9 pomeridiane a mezzanotte e un massimo in rapporto colle variazioni del lavoro digestivo e che gli attacchi convulsivi hanno variazioni numeriche in rapporto inverso all'alcalinità del sangue.

Non sono ancora molto bene studiate le possibili anomalie viscerali negli epilettici, ma soltanto sappiamo che

(1) Ceni — Ipotermie nell'epilessia e loro rapporto col potere tossico ipotermico del sangue. Riv. sper. di Freniatria. 1900 fasc. IV.

(2) Charon e Briche — Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les inyections des solutiones alcalines. Archiv. de neur. 1897 pag. 465.

la disuguaglianza in volume e peso dei due emisferi è maggiore che nei normali ed è più frequente un maggior volume dell'emisfero destro (e ciò specialmente lo conferma il Tonnini) contrariamente a quello che si osserva negl'individui normali.

Riassunte così brevemente le numerose disuguaglianze morfologiche e funzionali che si riscontrano frequentemente negli epilettici ci piace riportare come sintesi chiara e concisa delle condizioni dell'epilettico le parole del Bianchi e Colucci (1) « Questa nota dell'a-« simmetria possiamo ritenerla come la più costante e « la più intensa caratteristica dell'epilessia, la trovere-« mo nella costituzione morfologica cerebrale, nella di-« stribuzione delle note anatomo-patologiche, l'abbiamo « vista nelle manifestazioni motrici, psicomotrici e psi-« chiche delle forme acute, come si assoda nelle note « croniche della personalità epilettica ». Per quanto poi si riferisce specialmente all'intelligenza degli epilettici gli autori citati aggiungono più sotto, che per quanto l'epilettico da bambino presenti perfino una precocità d'intelligenza, presenterà sempre un certo sviluppo unilaterale e sarà disuguale nei varî periodi in cui si osserva, rimanendo però sempre deficiente in quella parte della vita intellettuale, che è in dipendenza della sentimentalità, dell'etica.

Questo contrasto, a dire del Lombroso, può oscillare fra limiti latissimi e cioè fra la stupidità e il genio. E il Ferè con poche parole delinea bene il carat-

(1) Bianchi e Colucci — Tratt. Ital. di Pat. e Terap. Med. - Cantani e Maragliano. Vol. II P. IV. pag. 590.

tere dell'epilettico dicendo: « le caractère des epileptiques est essentielement mobile et explosif ».

∴

Da questo insieme di fatti e osservazioni raccolte risulta chiaramente come la disarmonia morfologica e funzionale sia una caratteristica speciale dell'epilettico; e noi ci siamo domandati se ciò che si riscontra per la morfologia e per le varie manifestazioni funzionali non si abbia pure a ritrovare per quello che riguarda il ricambio materiale studiato nelle urine. E per risolvere questo quesito il mezzo migliore ci è sembrato quello di esaminare giornalmente per lungo periodo di tempo le urine degli epilettici osservandone le oscillazioni nell'eliminazione dei vari componenti e in modo speciale nell'eliminazione dell'urea e dell'acido fosforico.

Noi ci siamo serviti di 7 epilettici, scelti fra quelli, nei quali, facendo uno studio psicologico, avevamo trovato a intervalli variazioni notevoli nel carattere. In questi ammalati abbiamo fatte le nostre ricerche per un periodo di tempo, che oscilla fra i 27 e 37 giorni. Tutti quanti sono stati sempre mantenuti al comune vitto dell'ospedale, che è riassunto nella tabella seguente.

Distribuzione	ALIMENTI	Peso in grammi	Sostanze proteiche	Grassi	Idrati di carbonio	Alcool
Ore sei	Caffè . . .	5	0,6	0,6	0,4	—
	Zucchero . .	10				
	Latte . . .	200	42,7	10,3	—	—
	Pane 2ª qualità	100	5,90	0,8	52,34	—
Ore undici	Minestra brodo	400	1,60	2,4	—	—
	Minestra pane	50	2,95	0,4	28,17	—
	Carne lessa .	100	21,35	5,15	—	—
	Pane Uomini	200	11,80	1,6	104,68	—
	Pane Donne	100	5,90	0,8	52,34	—
	Vino Uomini	150	—	—	—	13,5
	Vino Donne	125	—	—	—	11,25
Ore diciassette	Minestra brodo	400	1,60	2,4	—	—
	Minestra riso	50	3,90	0,25	32,75	—
	Carne lessa .	100	21,35	5,15	—	—
	Pane Uomini	200	11,80	1,6	104,68	—
	Pane Donne	100	5,90	0,8	52,34	—
	Vino Uomini	150	—	—	—	13,5
	Vino Donne	125	—	—	—	11,25
TOTALE .	Uomini . .		125,35	30,65	321,02	27
	Donne . .		114,75	29,05	216,34	22,50

Nessuno di questi ammalati presentava lesioni viscerali o alcuna sindrome di malattia discrasica. Durante il periodo dell'osservazione non abbiamo dato agli ammalati alcun medicamento e ciò per non alterare in nessuna maniera i risultati dell'esame chimico dell'urina. Abbiamo però cercato sempre di combattere l'anergia intestinale che nella maggior parte di questi ammalati si verifica, a preferenza con acqua di Janos, allo scopo di evitare che il processo di autointossicazione, a seconda che ci dimostra l'osservazione giornaliera e i resultati di Voisin e Petit e Ferè, dessero occasione a un succedersi più frequente degli attacchi convulsivi. Va notato però, che per questi ammalati, come per tutti quelli della nostra Clinica, l'esercizio muscolare è molto limitato e più o meno è sempre identico. Abbiamo voluto osservare scrupolosamente queste norme generali, affinchè le possibili oscillazioni, riscontrabili specialmente nell'eliminazione dell'acido fosforico e dell'urea di questi ammalati, non dovessero attribuirsi ad alcuna delle ragioni sopraccennate, tanto più che sappiamo che il ricambio materiale facilmente si regolarizza mantenendo costante la dieta e l'esercizio muscolare, ciò che appunto viene stabilito dal Mairet (1), il quale così dice: « Ainsi, lorsqu'un même individu à l'ètat physio-« logique est soumis à des conditions de milieu, d'ali-« mentation et d'activitè fonctionelle touyours les me-« mes, l'elimination quotidienne de l'acide phosphorique « se règularise suffisamment chez lui pour que, si l'on « vient à changer un des facteurs, alimentation ou ac-« tivitè fonctionelle, et que des modifications se produi-

(1) Mairet — Recherches sur l'elimin. de l'acid. phosph. pag. 45 Paris 1884.

« sent dans cette elimination, ces modifications puis-
« sent être attribuées à ce changement ».

Con queste norme generali, mentre si teneva conto di tutti i cambiamenti che poteva presentare giornalmente l'ammalato, si raccoglievano le urine delle 24 ore. In un recipiente graduato si misurava la quantità dell'urina, osservandone il colore, la trasparenza e la reazione e determinandone col densimetro la densità e la temperatura. Quindi si passava alla ricerca qualitativa dei solfati, dei cloruri, dell'indacano, dell'urobilina, dell'albumina e dello zucchero, riservandoci di fare l'esame quantitativo dell'acido fosforico e dell'urea, per le ragioni che si diranno. Per le ricerche sopradette adoperavamo i metodi più usati in Clinica. Per la ricerca quantitativa dell'urea ci servivamo dell'ureometro di Esbach, riportandoci per le pressioni barometriche al bollettino meteorologico dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Pisa. Per la determinazione dell'acido fosforico ci siamo serviti del metodo di Neubauer, che è il metodo più usato e che si trova descritto nei trattati di urologia; noi però crediamo, per maggior chiarezza, opportuno di riassumerlo brevemente.

La parte più delicata di questo metodo è quella delle preparazioni delle soluzioni titolate. Prima di tutto è necessario aver pronto un miscuglio acetico (acetato sodico cristallizzato gr. 100 — acido acetico cmc. 100 - Acqua litro uno) il quale viene aggiunto all'urina da studiarsi per essere sicuro che questa non contenga altro acido libero che questo acetico. Si prepara poi una soluzione di fosfato sodico, la quale dovrà servire per titolare la soluzione di nitrato di uranio. Detta soluzione si fa sciogliendo gr. 10.085 di fosfato sodico ($Na^2 HPO^4 + 12H^2 O$) perfettamente secco e senza sfioriture in un litro di acqua: in maniera che 100 cmc.

di questa soluzione dovrebbero contenere 0.2 di $P^2 O^5$.

Fatta così la soluzione, per essere sicuri della quantità di anidride fosforica contenuta in essa noi abbiamo fatto il controllo col metodo seguente: si prendono 50 cmc. della soluzione di fosfato sodico, si alcalinizza fortemente con ammoniaca, poi si aggiunge un eccesso di cloruro di ammonio e un eccesso di miscela ammonico-magnesiaca (1), si agita il tutto con una bacchetta di vetro, poi si lascia in riposo per dodici ore. Il precipitato formatosi si raccoglie sopra un filtro a cenere conosciuta, si lava con acqua ammoniacale fino a che le acque di lavaggio acidificate con acido nitrico non precipitano più con soluzione di nitrato di argento; quindi si secca il filtro in una stufa e poi si incenerisce il filtro insieme col precipitato in un crogiuolo di platino, si calcina fortemente alla soffieria, quindi si pesa. E il peso ottenuto moltiplicato per 0,6295 dà il peso corrispondente di anidride fosforica. Nel caso nostro il peso del filtro col precipitato è stato uguale a 0,19480. Questo numero moltiplicato per 0,6396 ci dà 0,1246 che rappresenta la quantità di anidride fosforica contenuta nei 50 cmc. della nostra soluzione di fosfato di soda.

Adesso rimane da farci la titolazione della soluzione di uranio, la quale servirà direttamente per determinare la quantità dell'anidride fosforica contenuta nell'urina. La soluzione si fa nel modo seguente; si sciolgono gr. 33 di ossido giallo di uranio del commercio in acido nitrico e quindi si porta al volume di un litro con acqua. Si passa poi a titolarla in rapporto alla soluzione del fosfato sodico, ciò che si fa nel modo seguente.

(1) La miscela ammonico-magnesiaca si prepara sciogliendo 15 p. di cloruro di magnesio e 15 p. di cloruro di ammonio in 100 cmc. di acqua e aggiungendo 50 gr. di ammoniaca.

Si versano in un becher 50 cmc. della soluzione di fosfato sodico e 5 cmc. del miscuglio acetico e si scalda fin quasi alla ebollizione. A questo punto si lascia cadere la soluzione del nitrato di uranio, contenuta in una buretta graduata di Mohr nella quantità di circa 18 cmc., continuando ancora a scaldare il becher. Fatto ciò con una bacchettina di vetro tuffata nel becher si osserva se, mettendola a contatto con una goccia di ferrocianuro di potassio (1 su 20) posta sopra una lastra di porcellana si forma una colorazione bruna, di ferrocianuro di uranile, indizio che nella soluzione studiata si trova un eccesso di uranio. Non trovando questa reazione si aggiungono ancora 2 decimi di cmc. della soluzione di uranio sempre scaldando, e così di seguito fino a che non si abbia detta reazione. Trovato il numero dei cmc. di soluzione di nitrato di uranio che sono necessari a neutralizzare i 50 cmc. della soluzione di fosfato di soda, se questi sono meno di 20 si dovrà aggiungere dell'acqua e ne aggiungeremo tanta più, quanto maggiore sarà risultato il grado di concentrazione della soluzione di uranio. Così se in questa prova per titolare la soluzione furono per esempio adoperati 18 cmc. della soluzione di uranio corrispondenti a 50 di soluzione di fosfato di sodio si avrà la proporzione:

$$20 : 18 :: x : 1000 \text{ e cioè } x = \frac{20 \times 1000}{18} = 1111,11$$

ossia dovremo a 1 litro della soluzione di nitrato di uranio aggiungere (1111,11 = 1000 — 111,11) 111,11 di acqua per avere una soluzione tale che 20 cmc. di essa corrispondano esattamente a 50 di soluzione di fosfato di soda.

Abbiamo così pronte tutte quante le soluzioni necessarie per l'esame dell'acido fosforico contenuto nell'urina e si passa direttamente alla sua determinazione. Si mettono 50 cmc. di urina filtrata in un becher con 5 cmc. del miscuglio acetico e si riscalda fino quasi alla ebullizione. Si lascia allora cadere goccia a goccia la soluzione di uranio, guardando molto spesso se in contatto di gocce di ferrocianuro di potassio si ha il precipitato scuro, e quindi leggendo sulla buretta graduata il numero e le frazioni dei cmc. occorsi per ottenere il detto precipitato. Trovato questo numero che in relazione alla soluzione di fosfato di soda, corrisponde all'anidride fosforica contenuta in 50 cmc. di urina, se ne induce la quantità di questa sostanza contenuta nell'urina delle 24 ore e di quella contenuta per 0[00.

B. Ida di Pisa, di anni dall'eta di 15 anni ha sofferto di convulsioni a carattere epil).

T. Clementina di S. Lu regolari. Padre, due sorelle e una figlia epilettiche. Soffre di convuls ato luogo a eccessi di epilessifrenia apportando in lei un notevo

Mese e giorno	Quantità dell' urina	Colore e aspet	…forico Quantità per 0[00	Altre sostanze	**Osservazioni**
11	900	giallo ro torbid	.74180	—	nella notte un accesso
12	1100	»	.524909	—	—
13	800	»	[illegible]		
13	1300	»	.168038	—	—
14	750	»	.766120	—	—
15	1100	»	.705640	—	—
16	900	»	.756750	—	—

B. Lorenzina di Pisa, residuò una paralisi al braccio destro, il quale attualmente presen tipo jacksoniano, le quali sono andate sempre facendosi più frequ iange facilmente. Peso del corpo Kg. 42.

MESE E GIORNO	QUANTITÀ DELL' URINA	COLO E ASP	OSFORICO Quantità per 0[00	ALTRE SOSTANZE	**Osservazioni**
9	1150	giallo c	0,953060		—
10	850	»	1,526152		—
11	950	»	2,36740		—
12	1080	»	1,06244		—
13	1300	»	1,2178		—
14	900	»	2,95302		—

G. Annibale di Gello di tò frattura del frontale, in seguito alla quale rimase una cicatrice stesso. In seguito ebbe fortissimi accessi di convulsioni generali, ch stato di frenosi, resultandone ancora forte indebolimento delle fa so del corpo Kg. 63.500.

Mese e giorno	Quantità dell' urina	Colo e aspe	sforico Quantità per 0[00	Altre sostanze	**Osservazioni**
11	1500	giallo limpi	1.290320	—	è eccitabiliss.
12	1100	giallo	1.48380	—	»

D. Savina di Lari, di a All' età di 4 anni, senza ragioni a noi conosciute, cominciò a soffr mpulsiva e irascibile. Anche nel tempo della sua degenza in Clinica zioni. Peso del corpo Kg. 52.500.

Mese e giorno	Quantità dell' urina	Colore e aspet	…sforico Quantità per 0[00	Altre sostanze	Osservazioni
22	1890	giallo ro limpid	2,0787	—	Ieri eccitata pianse. Reagis.
23	840	»	1,330	—	È calma
			[illegible]		[illegible] e minacciosa
24	1700	»	1,23142	—	»

∴

Come risulta dalle nostre tavole abbiamo tenuto conto di parecchi elementi nello esame delle urine. Però la nostra attenzione più che altro è stata rivolta allo studio della eliminazione dell'acido fosforico, poichè questo è il composto chimico che più degli altri subisce oscillazioni nelle malattie che si riferiscono al sistema nervoso centrale; ed è per questo che crediamo opportuno riassumere in breve lo stato presente delle cognizioni relative alla sua presenza nell' organismo e alla sua eliminazione, sia nello stato sano, sia nello stato patologico.

L'acido fosforico è quello fra i composti chimici che prevalentemente prende parte alle funzioni più elevate dell'organismo, ritrovandosi esso in tutte quante le cellule a far parte delle nucleine e in modo speciale nei composti organici del sistema nervoso. Si trova tanto allo stato di sale, quanto allo stato di combinazione organica. Allo stato di sale si trova più specialmente combinato col Na. col K., colla Ca., e anche col Mg., e col Fe.; e in queste combinazioni più specialmente si trova come ultimo prodotto del ricambio nelle escrezioni e secrezioni.

Secondo le analisi di Bunge (1) l'acido fosforico

(1) Bunge — Zeitscrhrift fur Biologie. X.

formerebbe poco meno della metà di tutte le sostanze minerali dell' organismo, e così in 100 parti di ceneri di organismi interi avrebbe trovato pel coniglio 41,94 0[0 di P^2 O^5, pel cane 39,82 0[0, pel gatto 40,23 0[0; e il Giacosa per un bambino di 11 giorni del peso di g. 1850 parti 37,65 0[0. L'acido fosforico poi andrebbe aumentando durante lo sviluppo embrionale, come risulta dalle ricerche del Giacosa, che per 1000 parti in peso di un neonato dà 12,25 di acido fosforico e di Von Bezold che dà 6,052 per 1000 parti in peso di un feto di 5 mesi, dalle quali esperienze risulta che nel neonato si trova il doppio di acido fosforico di quello del feto di 5 mesi. Cruse (1) non avrebbe mai trovato acido fosforico nelle urine dei neonati prima del terzo giorno.

È stata poi studiata la percentuale di acido fosforico contenuto in alcuni organi e tessuti. Però questi risultati, essendo dovuti a osservazioni di altrettanti autori per quanti sono i tessuti e i liquidi studiati, sono forse poco attendibili. Nonostante per maggiore chiarezza ne riportiamo una piccola tabella.

(1) Cruse — cit. da Olof. Harnmarsten. Manuale di Chimica fisiologica. Napoli 1893.

Quantità di acido fosforico libero e combinato per 100 parti di ceneri di organi, di tessuti liquidi ed escrezioni.

Cervello		Fegato		Polmoni		Milza		Ossa		Muscolo di vitello		Sangue	
Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato
9,15	39,02	—	50,18	—	48,5	—	27,10	—	53,31	—	48,13	10,23	—
(Breed)		(Ordtman)		(C. Schmidt)		(Ordtman)		(Heintz)		(Staffel)		(Verdeil)	
Siero di sangue		**Coagulo di sangue**		**Linfa**		**Latte**		**Bile**		**Urina**		**Fecce**	
Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato	Acido libero	Acido combinato
1,73	—	10,64	—	1,09	—	19,90	—	—	10,45	—	11,21	—	36,03
(Weber)		(Weber)		(Dahnhardt)		(Wildestein)		(Rose)		(Porter)		(Porter)	

NB. I dati che hanno servito per compilare questa tabella sono stati tolti dal Trattato di Fisiologia di Beaunis, tradotto dall'Aducco.

Relativamente alla base che fa parte del sale che si trova nei diversi tessuti il Paquelin (1) avrebbe trovato un rapporto costante relativamente allo stato più o meno solido o liquido dei varii tessuti. E a questo proposito dà le seguenti indicazioni:

Tessuti	Sali	
Plasma	Fosfato soda	liquido
Tessuto nervoso . .	Fosfato potassa	molle
Tessuto muscolare .	Fosfato magnesia	semisolido
Tessuto osseo . . .	Fosfato calce	solido
Elementi globulari .	Fosfato ferro	semiliquido

Il Geoghegau (2), però, avrebbe riscontrato, invece, che nella sostanza nervosa, per quanto in piccola quantità, si riscontrano tutti quanti i sali di fosforo. Il tessuto nervoso è quello che è più ricco di fosforo, che vi è contenuto non solo come acido fosforico libero (Breed), ma ancora nelle combinazioni organiche molto complesse, che sono la lecitina, il protagone, la nucleina, etc.

La lecitina ($C^{44} H^{90} N P O^{9}$) contiene il fosforo allo stato di acido fosfoglicerico, unitamente alla neurina, all'acido stearico, palmitico, oleico. La decomposizione della lecitina si verifica specialmente sotto l'azione degli alcali.

(1) Paquelin — Du role physiologique des phosphates. Iournal de Therapeutique. 1877. Vol. II. pag. 730.

(2) Geoghegau — Zeitschrift für Physiologische Chemie. Bd. I. 1878.

La nucleina ($C^{29} H^{49} N^{9} P^{3} O^{22}$), come dice il suo nome si trova specialmente nel nucleo, nel quale sembra avere un ufficio interessante pel potere di riproduzione.

Il protagone ($C^{160} H^{308} N^{5} P O^{35}$) non è altro che una mescolanza di lecitina e cerebrina ($C^{90} H^{160} N^{2} O^{13}$) e contiene perciò una piccola quantità di fosforo. Il fosforo nell'organismo, oltre che in combinazione della nucleina, della lecitina e dell'acido fosfoglicerico, si trova pure in altri composti recentemente studiati, come la iecorina ($C^{105} H^{185} N^{5} P^{3} SO^{46} Na^{3}$) che è una sostanza riducente contenente fosforo e solfo, trovata da Drechsel (1) nel fegato del cane e del cavallo e da Baldi (2) in altri animali e in altri organi, come il cervello dell'uomo. Il Baldi anzi emise l'opinione che l'iecorina accompagni quasi sempre la lecitina. Manas (3) trovò pure un composto contenente il 4,4 0[0 di fosforo e M. Siegfried ricavò dai muscoli, e dal latte un composto fosforato: l'acido fosfo carnico. In questi composti organici il fosforo si trova in diversa proporzione, in modo però da dimostrare come nel sistema nervoso vi sia rappresentato assai più che negli altri visceri.

I sali di fosforo nell'organismo, hanno due vie di formazione; o essi sono in dipendenza diretta del fosforo introdotto coll'alimentazione, oppure derivano dalla decomposizione delle sostanze fosforate sopra indicate. In quanto alla introduzione del fosforo coll' alimentazione

---

(1) E. Dreschel — Ueber einen neuen Schwefel und phosphorhaltigen Bestandtheil der Leber. Maly's lahresb.; Vol. XVI. 1886 p. 288.

(2 e 3) Baldi - e P. Manas — citati da H. Beaunis Elem. di Fisio. Umana. trad. da V. Aducco.

sappiamo che questa è maggiore nei carnivori, che negli erbivori: e ne è nota la sua alta importanza sia per la formazione e solidità, che i sali di fosforo contribuiscono a dare alle ossa, sia perché mantengono l' alcalinità del sangue e tengono in soluzione gli urati e gli ossalati, sia perchè, entrati a far parte della nucleina, agevolano i processi di mitosi. É degno di nota il parere di Zuelzer (1), il quale asserisce che l'eliminazione dell'acido fosforico è legata intimamente alla decomposizione delle materie albuminoidi dell'organismo.

Il fosforo si elimina dall'organismo per le fecci e per l'urina. Per le fecci si elimina 1[4, 1[3 della quantità totale; e prevalentemente si eliminano i fosfati terrosi sotto forma di fosfato di calce, di magnesio e di ferro, mentre che coll'urina per lo più si eliminano sotto forma di fosfato acido di soda ($Na H^2 P O^4$) e in minor quantità sotto forma di fosfati terrosi tenuti appunto in soluzione dal primo.

In media giornalmente coll'urina si elimina da g. 2,5 a 3,5 di acido fosforico, e secondo Robin (2) per ogni Kg. di peso umano si elimina in 24 ore 0,035 di acido fosforico. E questa quantità subisce notevoli oscillazioni a seconda dello stato normale o patologico dell'individuo e secondo il regime alimentare. Intorno alla quantità dell'acido fosforico eliminato nelle 24 ore non tutti gli autori sono concordi. A questo proposito basta dare un'occhiata alla tavola seguente.

---

(1) Zuelzer — Ueber das Verhältniss der Phosphorsaüre zum Stickstoff im Urin - Archiv. für patologische Anatomie und Physiologie 1876, Vol. LXVI.

(2) Robin — Gazz. Osped. e Cliniche 1900 N. 154 p. 1619.

Quantità di acido fosforico eliminato nel dì da persone sane.

Autori	Quantità in grammi			
Breed	da	2,118	a	6,467
Winter	»	3,0132	»	6,752
Mendel	»	0,942	»	3,52
Yvon	»	1,0	»	3,0
Hardy	»	3,1	»	5,2
Gautier	»	1,5	»	2,2
Teissier	»	2,0	»	3,0
Riessel	»	1,0548	»	1,7832
Vood	»	2,6672	»	2,8675
Mosler	»	1,638	»	4,86
Neubauer	»	2,44	»	4,38
Haxthausen . . .	»	3,11	»	5,58
Parkes	»	1,50	»	2,548
Beaunis	»	1,753	»	2,687
Mairet	»	2,58	»	3,25

A condizioni sane dell'organismo, vale a dire quando i fatti di assorbimento procedono in modo regolare, l'eliminazione del fosforo sta in rapporto specialmente all'alimentazione, ai movimenti muscolari e secondo alcuni anche al lavoro intellettivo, come vedremo.

Il fosforo si trova nella maggior parte dei generi ali-

mentari e viene introdotto più specialmente combinato alla nucleina per gli alimenti animali, alla lecitina, secondo Maxwel, pei vegetali e allo stato di sale in tutti gli alimenti in genere.

Il rapporto fra l'alimentazione e l'eliminazione dell'acido fosforico per le urine è ben dimostrato dalle ricerche di molti autori (Lehmann, Teissier, Pettenkofer e Voit). Così Bischoff (1) trovò che l'eliminazione dell'acido fosforico era in maggior quantità durante l' alimentazione preferibilmente carnea. Il Mairet dimostrò con numerose osservazioni che nel regime animale, comparativamente al misto, aumenta la cifra dell'azoto e dell'acido fosforico (in special modo quello unito agli alcali); mentre con un regime vegetale si avrebbe diminuzione di queste due sostanze.

Anche la quantità del liquido introdotto nell'organismo avrebbe, secondo Hammarsten (2), influenza sull'eliminazione dell'acido fosforico nelle urine, aumentandolo in seguito a una più attiva secrezione da parte dei reni.

L'eliminazione dell'acido fosforico, come già si è accennato, subisce pure notevoli modificazioni dipendenti dal lavoro muscolare, e vi sarebbe, secondo Mairet, aumento specialmente pei fosfati alcalini; ciò più specialmente quando il lavoro muscolare, che per prodursi consuma dell'acido fosforico, sorpassa in intensità la ricchezza degli alimenti. In questi casi il sangue venoso contiene maggior quantità di acido fosforico di quello arterioso, pei ricambi aumentati nella fibra muscolare stessa che esageratamente viene nutrita.

(1) E. Bischoff — Zeitschrift f. Biol. Bd. III. p. 309.
(2) Hammarsten — loc. cit.

L'aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico in seguito al lavoro muscolare è pure stato ammesso da Lehmann e Engelmann, mentre questo fatto non sarebbe stato riscontrato da Bayssan, Pettenkofer e Voit.

Le esperienze fatte per stabilire il rapporto fra lavoro mentale ed eliminazione di acido fosforico sono forse più contradittorie. Noi cercheremo di riassumere in breve i risultati più concludenti. Il Mairet sopra tre persone studiò l'eliminazione dell'acido fosforico, sottoponendole a condizioni identiche, di regime misto e alle stesse condizioni di attività muscolare e di sonno; e trovò facendo il confronto fra le urine emesse durante le 24 ore per tre dì consecutivi di riposo intellettuale e quelle emesse pure in 24 ore durante tre giorni con un lavoro di 5 ore giornaliero (traduzione dal tedesco e dall'inglese), che il lavoro intellettuale aumentava i fosfati terrosi, diminuiva gli alcalini e l'eliminazione dell'azoto e complessivamente la quantità totale dell'acido fosforico stesso; concludendo che il cervello col suo lavoro intellettuale trattiene quella quantità di fosfati alcalini trovati meno nelle urine e restituisce come prodotto del metabolismo regressivo acido fosforico unito in forma di sale terroso. Anche Mosler, Hammond, Bayssan (1) avrebbero trovato che i fosfati terrosi aumenterebbero nel lavoro cerebrale di 3[4, mentre i fosfati alcalini solo di 1[4, venendo così però alla conclusione che nell'insieme si avrebbe aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico. Per il Mar-

(1) Bayssan — Essai sur la relation qui existe a l'état physiologique entre l'activité cerebrale et la compositione de l'urine. These de Paris 1868.

r o poi (1) l'attività mentale sarebbe seguita da aumento dei solfati alcalini.

Vi sono poi altri autori, i quali nei loro esperimenti avrebbero trovata una diminuzione dell'acido fosforico durante il lavoro psichico. W o o d (2) avrebbe trovata una diminuzione dell'acido fosforico totale, specialmente carico dei fosfati terrosi (che diminuirebbero del 20 — 40 0[0 e soltanto un leggerissimo aumentu da parte dei fosfati alcalini. Lo stesso trovò I. W i l s o n P a t o n (3).

K. P r e y s z (4) dice che l' attività mentale non influisce affatto sull'eliminazione del fosforo. Il R a s p o p o f f (5) studiando in 5 giovani sottoposti a un vitto esattamente conosciuto chimicamente, le urine e fecci, durante un periodo di lavoro intellettuale, trovò l'acido fosforico due volte diminuito, due accresciuto e una non modificato. Il S t e h e r b a c k (6) dice che il lavoro intellettuale agisce sul ricambio dell'acido fosforico, quando viene a mancare l'alimento e il riposo necessario a riparare le perdite. Infine il B e l m o n d o (7) nelle sue numerose esperienze fatte sui piccioni scerebellati, conclude che i processi psichici per sè stessi sono dovuti a un metabolismo organico così lieve da non potersi riconoscere mediante lo studio delle secrezioni ed escre-

(1) **Marro** — Lavoro mentale e ricambio materiale, Torino 1889.

(2) **Hodges Wood** — Recherches sur l'influence de l'activité cerebrale sur l'escretion de l'acide phosphorique par le rein. Bull. de la Soc. Chimique de Paris 1870 Vol. XIV. p, 88.

(3 - 4 - 5) **I. Wilson Paton — K. Preysz — Raspopoff**, citati da Belmondo (v. sotto).

(6) **A. Steherback** — Contribution a l'etude de l'influence de l'activité cerebrale sur l'echange d'acide phosphorique et d' azote. Archives de Medicine Experiment. 1893. Vol. V. p. 300 - 400.

(7) **Belmondo** — Ricerche sperimentali intorno all'influenza del cervello sul ricambio azotato. Riv. Pat. Neur. Men.. 1896. Vol. I. fasc. II.

zioni; ciò che però sembra a noi che non tolga valore all'opinione di coloro che ammettono un aumento verificabile del ricambio materiale durante il lavoro intellettivo, poichè, concedendo pure che questo aumento non si determini per il metabolismo degli elementi nervosi, non è però dimostrato come questi messi in maggiore attività non possano accelerare il ricambio in tutti gli altri tessuti del corpo umano. A dimostrare come il cervello e specialmente i lobi prefrontali, sede dei processi psichici (Bianchi) presiedono anche al ricambio materiale, riferiamo le conclusioni di una recentissima e interessante comunicazione preventiva di Modica e Audenino (1) intorno al ricambio organico di cani e conigli (tenuti a dieta costante) previa asportazione dei lobi prefrontali. Questi autori hanno trovato diminuzione dell'azoto eliminato per l'urina, diminuzione dell'acido fosforico totale e specialmente diminuzione dei fosfati terrosi, che possono scomparire nei periodi lontani dall'operazione.

Sempre in relazione al lavorio maggiore o minore della psiche dobbiamo ricordare ciò che accade, a seconda dei vari autori, durante lo stato di riposo e di sonno, relativamente all'acido fosforico. Il Mairet nello stato di riposo dell'individuo avrebbe trovato diminuzione nelle urine dell'acido fosforico sia in combinazione coi sali terrosi, sia coi sali alcalini. Il Marro (2) durante il sonno avrebbe trovato un relativo aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico, come anche Kaupp e Mendel; mentre Breed (3) Winter, Mosler

(1) O. Modica e Audenino.—Azione dei lobi prefrontali negli scambi organici. Analogia col ricambio nella pazzia morale. Comunicazione preventiva. Archiv. di Psichiatria etc. Vol. XXII f. IV e V.

(2). Marro — Annali di Freniatria. 1888 — 1889. Novembre.

(3). Breed — Annalen der Chimie und Pharmacie. 1851. Bd. 78.

Vogel, Haxthausen, Zuelzer, citati da Mairet, vennero alla conclusione opposta e cioè trovarono che durante il sonno l'eliminazione dell'acido fosforico diminuisce. E Beaunis (1) con più recenti attendibili ricerche ha concluso concordemente con questi ultimi, cioè col ritenere diminuita la eliminazione dell'acido fosforico.

Così per incidenza ricordiamo pure come Ritter de Nancy trovò aumento dell'acido fosforico sotto l'influenza del coito.

Assai numerose e un po' più concordanti sono le conclusioni dei vari autori relativamente al comportarsi dell'eliminazione dell'acido fosforico nelle varie malattie e specialmente nelle forme mentali. Nei processi febbrili, secondo Zülzer (2), si ha aumento dell'eliminazione del fosfato di potassio, mentre si ha diminuzione durante la convalescenza. E l'aumento riscontrato starebbe a carico del consumo del sangue e dei muscoli. Il Ceconi (3) osservò che diminuiva la cifra del fosforo al di sotto del minimo normale, diminuzione che egli metteva in rapporto colla diminuita quantità dell'urina. Lo stesso fatto nota il Lepine (4) il quale riferisce questa diminuzione non a un rallentamento della disassimilazione di quelle sostanze che contengono fosforo, ma a una loro ritenzione parziale. Anche nella feb-

---

(1). Beaunis—Nouveaux elements de physiolog. humaine. 1881 Vol. I, p. 75.

(2). Zülzer — Virchow's Archiv. Bd. 66 p. 202.

(3). Ceconi—Eliminazione del fosforo organico durante l' alta febbre e la grave dispnea. Morgagni 1898. n. 3.

(4) Ledine — Diversità nella composizione dell' urina per modificata funzione renale. IV. congresso francese di Med. Interna. Montpellier 12-17 Aprile 1898.

bre isterica sarebbe stata notata dal Formaca (1) una diminuzione dell'acido fosforico totale, a carico specialmente dei fosfati alcalini, avendosi un rapporto da 1 a 2.

Si nota pure diminuzione dell'acido fosforico nell' idremia, nella clorosi, nelle cardiopatie, nelle nefriti, nei catarri gastro-intestinali cronici, come pure secondo Stokvis, nell'artrite; si ha aumento invece nella meningite, nell'atrofia muscolare-progressiva, nell' atrofia del fegato, nel diabete, tubercolosi, reumatismo cronico. Più specialmente questo aumento è dovuto al sale tribasico. Si ha pure aumento nella leucemia, nelle convulsioni mercuriali.

In alcuni casi poi di malattie acute e croniche dell'asse cerebro spinale questo aumento è tanto notevole che dà luogo alla cosìdetta fosfaturia.

Anche il digiuno l'aumenta; e a questo proposito il Munk (2) riferisce delle osservazioni fatte sul digiunatore Cetti, dalle quali sarebbe risultato un aumento dell'eliminazione del fosforo, che il Munk pone a carico di un eccessivo consumo della sostanza ossea.

Sulla quantità del fosforo eliminato agiscono pure molte sostanze farmaceutiche, ora aumentandolo ora diminuendolo. Lo aumentano l'acido lattico, la morfina, il cloralio, il cloroformio, il solfato di magnesio, l'acido salicilico, borico etc.; lo diminuiscono l' etere, l' alcol, il bromuro di potassio, il carbonato di calce, di magnesio, la cocaina, la chinina etc. Relativa diminuzione si sarebbe pure riscontrata nella somministrazione di

(1) Formaca — Contributo allo studio del ricambio materiale nella febbre isterica. La Clinica Medica Italiana 1898 n°. 1.

(2) Munk — cit. da Hammarsten.

alcuni eccitanti del sistema nervoso, come la stricnina, la valeriana, il liquore anisato di ammonio, i fosfuri etc.

Il Vood per ciò che riguarda le alienazioni mentali in genere dice che aumenta sempre l'eliminazione dell'acido fosforico unito agli alcali. Nel delirium tremens e in altri deliri il Beuce Iones (1) trovò qualche volta notevole diminuzione dei fosfati. Il Sutherland citato da Beale, nella mania acuta trovò aumento, mentre trovò diminuzione nel periodo depressivo della mania, nella demenza acuta e negli ultimi periodi della paralisi progressiva. Anche Beale (2) venne presso a poco alle stesse conclusioni.

Secondo Mendel (3), nelle affezioni cerebrali croniche e nei maniaci furiosi vi è diminuzione dell'eliminazione dell'acido fosforico. Il Lombroso nei furiosi trovò aumento dei fosfati; invece trovò diminuzione nei maniaci tranquilli e malinconici; e nei dementi e idioti una eliminazione normale. Il Mairet osservò aumento dell' eliminazione di acido fosforico nella mania nella lipemania, e diminuzione invece nella idiozia e demenza.

Le Gendre (4) nella mania riscontrò diminuzione dei fosfati. Il Lui (5) tanto nelle forme maniache, che nelle melanconiche trovò diminuzione dell' acido fosforico.

A mettere un certo accordo fra queste disparate opinioni dei vari autori nelle diverse forme delle malattie

(1) Beuce Iones — Philosophical Transactions 1850.

(2) Beale — De l'orine etc. Trad. dall'inglese di Olliver e Bergerau 1865 p. 217.

(3) Mendel — Archiv. fur Psich. und Nervenkr. 1872 Bd. III. s. 636.

(4) P. Le Gendre — Charcot, Bouchard e Brissau. Tratt. di Medicina Vol. I. p. I. p. 250. (trad. italiana).

(5) Lui — Riv. Sper. di Freniatr. 1895 f. I.

mentali contribuisce il lavoro dello Stefani (1) il quale osservò che nello stato iniziale delle forme maniache aumenta l'eliminazione dell'acido fosforico e quindi in una fase successiva si ha diminuzione. Studiando poi una forma ciclica trovò che nella fase depressiva si ha diminuzione dell'acido fosforico, diminuzione che precede la detta fase; deducendone che il rallentamento del ricambio materiale prepara la diminuzione dell'attività psichica.

Anche per ciò che riguarda l'eliminazione dell'acido fosforico nell'epilessia, le osservazioni degli autori si dividono in due campi diversi: cioè quelli che ne hanno osservato aumento e quelli che ne hanno osservata la diminuzione.

Mairet (2) e Lallier trovarono entrambi che durante gli accessi e lo stato di male epilettico vi era aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico. L'aumento dei fosfati fu pure notato da Bleile (3), da Beale, da Mendel, da Lepine (4) e da Lepine e Iacquin (5) e da Echeverria e Rivano (6) i quali trovarono che l'aumento più specialmente accade per l'acido fosforico combinato alle terre. Il Voisin poi (7) darebbe come caratteristica dell'epilessia, la fosfaturia. Il Mairet,

(1) U. Stefani — Sull'elimin. dell'ac. fosfor. per l'urina nella fase depressiva di una forma ciclica, Riv. Sper. di Fren. 1895 Vol. XXI f. II, e III.

(2) Mairet—L'urine dans les epileptiques, Archiv. de Neurolog. 1885.

(3) Bleile— The urine in epilepsy-New-yorck med. Iournal 1897.

(4) Lepine— Sur l'acide phosforique dans l'urine des epileptiques. C. R. Soc. Biol. 1884.

(5) Lepine e Iacquin— Sur l'éscretion de l'acide phosphorique par l'urine dans ses rapports avec celle de l'azote — Rev. mensuelle de Méd. e Chirur. 1879 genn.-settembre-decembre.

(6) Rivano — Ricerche sull'elimin. dell'ac. fosf. per l'urine degli epilettici. Annali di Freniatria, Vol. I.

(7) Voisin — Dict. nouv. de méd. e chir. Art. Epilep. Vol. XII. l.

partendo dal concetto che in seguito a una soprattività del sistema nervoso si ha aumento dei fosfati terrosi e avendo riscontrato quest' aumento appunto negli epilettici lo attribuisce a un consumo maggiore degli elementi della sostanza cerebrale. Però va notato come questo aumento in parte può ancora riferirsi alle contrazioni muscolari durante la convulsione, poichè come si è già detto il lavoro muscolare aumenta l' eliminazione dell'acido fosforico.

Altri autori invece avrebbero trovata una diminuzione; così il Tonnini (1), il Cristiani, (2) (il quale trovò diminuzione nella forma depressiva, aumento nell' agitata) e il Kühn (3).

Con alcuni esami fatti sulle urine di epilettici durante il periodo intervallare il Roncoroni (4) avrebbe trovata diminuzione del fosforo totale.

Fino a poco tempo addietro si era detto che una caratteristica differenziale fra l' epilettico e l' isterico era quella della inversione della formula dei fosfati in quest' ultimo; e ciò specialmente risultava dagli studî di Gilles de la Tourette e Cathelineau e il rapporto stabilito era quello di 2 a 1 a di 3 a 1, mentre che normalmente è di 1 (fosfati terrosi) a 3 (fosfati alcalini). Ora questa formula, data come assiomatica, non va presa in senso assoluto, poichè il Ferè osservò e riferì alla Società di Biologia di Parigi come in due epilettici aveva trovato che i fosfati terrosi erano in

(1) Tonnini— Le epilessie. Torino. Bocca, 1890.

(2) Cristiani — Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali. Archiv. di Psichiatria Vol. X.

(3) — Kühn — Deutsch Archiv. für klinische Med. XXIII. cit. da Lepine e Iacquin.

(4) Roncoroni -- Sul campo visivo, il ricambio materiale e l' andatura dei pellagrosi. Archiv. di Psichiatria 1891.

maggior quantità degli alcalini, e Voisin crede che l'inversione dei fosfati sia un fatto assai raro negli epilettici, ma che però possa riscontrarsi in questi e ancora in persone sane, specialmente in dipendenza dell'alimentazione.

. .
.

Spiegazione delle tavole e delle grafiche

Tavola I. — La quantità in generale è assai bassa e non presenta notevoli oscillazioni.

Il peso specifico in genere sta in rapporto inverso alla quantità, tranne che nelle giornate 9,ª 10,ª 12,ª 20,ª 23,ª nelle quali invece è in rapporto diretto. Nelle prime giornate notiamo specialmente un certo rapporto diretto fra i punti massimi di questo e i massimi del' acido fosforico e dell' urea. La densità subisce notevoli oscillazioni da un giorno all' altro.

L' urea si mantiene di solito assai bassa, presentando oscillazioni. In genere il rapporto fra l' acido fosforico e l' urea è diretto, come si può vedere con particolare evidenza nelle giornate 20,ª 26,ª 27,ª mentre altre volte a un innalzamento della curva dell' acido fosforico corrisponde un abbassamento di quella dell' urea.

Le più forti oscillazioni si riscontrano nella curva dell' acido fosforico e queste non corrispondono affatto alle giornate degli accessi, ma si trovano a rappresentare un' attività esagerata o depressa del ricambio materiale senza che vi sia una manifestazione epilettiforme.

Tavola II. — In genere la quantità si è mantenuta bassa; solo una volta ha raggiunto la cifra di 1700 e una di 1800. La curva della quantità notiamo che è quasi sempre in direzione opposta a quella della densi-

tà; solamente si può osservare un rapporto diretto nelle giornate 15.ª 18,ª 19,ª 25ª. Nella quantità si è pure notata qualche notevole oscillazione; mentre per esempio nella giornata 20,ª tocca la cifra di 1700, nel giorno dopo scende a 700, per salire subito (22.ª giornata) a 1800.

Il peso specifico oscilla fra un massimo di 1024 e un minimo di 1012. In complesso non esce dai limiti normali. Oscillazioni rapide non ve ne sono, se se ne toglie una che dalla giornata 15.ª alla 16.ª sale da 1012 a 1020 e che corrisponde a un innalzamento fortissimo nella curva dell' acido fosforico.

L' urea si mantiene nei limiti normali e non presenta grandi oscillazioni, le quali soltanto sono maggiori in quei due giorni nei quali fu più forte la diminuzione dell' acido fosforico, accadendo ciò in rapporto diretto.

L' acido fosforico in genere si mantiene nei limiti normali, avendosi un giorno (10°) un massimo di gr. 3,30. Tutta la curva dell' acido fosforico si presenta con notevoli oscillazioni. In quest' ammalato, per quanto non si somministrassero bromuri, non abbiamo avuto accessi convulsivi, tranne che nel 4° giorno in cui se ne ebbero quattro. Però a intervalli più o meno regolari nella notte l' ammalato emetteva incoscientemente l' urina svegliandosi poi più stordito del solito; ciò che ci fa pensare che questo fatto stesse in relazione ad accessi senza manifestazioni più appariscenti. La curva dell'acido fosforico non ha mostrato alcuna relazione con questo fatto, ma anzi in un periodo intervallare (compreso fra due notti in cui aveva orinato a letto) di 8 giorni notiamo due abbassamenti fortissimi della eliminazione dell'acido fosforico distanti fra loro di quattro giorni e che scesero fino alla cifra minima di 0,13 e di 0,01; mentre subito il giorno dopo risalivano la pri-

ma volta da 0,13 a 2,25 e la seconda da 0,01 a 1,70. Allo stesso modo come ragionevolmente abbiamo ammesso che l'orinazione a letto fosse un equivalente di un attacco epilettico, così crediamo che si possa dare lo stesso significato anche a questi repentini abbassamenti e innalzamenti della curva dell'acido fosforico.

Tavola III. — La quantità, tranne in pochi giorni, è stata sempre piuttosto scarsa. Si notano però delle forti oscillazioni, specialmente per rapidi abbassamenti, come si può vedere nelle giornate 7.ª, 16.ª, 20.ª, 27.ª e 34.ª.

Il peso specifico si è mantenuto sempre assai alto, quasi sempre in rapporto inverso colla quantità; subendo però in alcuni giorni oscillazioni fortissime; più notevoli fra tutte quelle dalla 15.ª giornata (1020) alla 16.ª (1012) e da questa alla 17.ª (1027) per discendere subito nella giornata 18.ª (1017).

L'urea pure subisce notevoli oscillazioni e quasi sempre si abbassa nei giorni dell'accesso. Ora sta in rapporto inverso colla curva dell'acido fosforico, ora invece in rapporto diretto; è indiretto più specialmente nei giorni dell'accesso. In complesso l'urea mantiene una media bassa.

Per l'acido fosforico in questo ammalato abbiamo da notare come vi sia una certa relazione fra l'innalzamento della curva e gli accessi convulsivi e ciò specialmente per le giornate 7ª, 23ª, 28ª, mentre altre volte vi corrisponde l'abbassamento (giornata 6,ª 22ª, 26ª, 31ª.) Nella giornata 17ª poi in mezzo a un periodo di giorni nei quali la curva non presenta notevoli oscillazioni troviamo un insolito innalzamento senza che in quella giornata si abbia avuto alcun accesso. Presso a poco ciò si osserva anche nelle giornate 32ª e 35ª .È notevole come nella giornata 17.ª tanto l'urea, quanto il peso spe-

cifico raggiungessero il loro massimo. Tolte queste oscillazioni, l'eliminazione dell'acido fosforico si è mantenuto alla media normale.

Tavola IV. — Quantità sempre bassa, e quasi sempre in rapporto inverso col peso specifico: il quale si è in media mantenuto abbastanza alto, presentando però da un giorno all' altro delle oscillazioni assai notevoli, (v. giornate 4ª,-5ª, 6ª-7,ª 8ª-10ª, 11ª-12ª, 13ª-20ª, 21ª, 25ª-26ª, 30ª-31,ª 33ª e 34ª.)

L' urea in media è sempre bassa; presenta la sua maggiore ascensione nella giornata 17ª in rapporto a quella dell' acido fosforico, rapporto che è quasi sempre conservato.

L' acido fosforico ha una cifra di eliminazione sempre discretamente alta. Presenta delle forti oscillazioni specialmente nelle prime giornate e si notano poi due rapide ascensioni con successiva discesa nelle giornate 17ª, 31ª, 37ª, senza che vi sia stata l' influenza di alcun accesso.

Tavola V.—La quantità è sempre assai alta, e più volte tocca la cifra di 2000 in modo rapido e con rapida discesa; e una volta anco la cifra di 2300 dopo una giornata in cui era arrivata a 950.

Va notato che di fronte a una cifra assai alta (giornate 27ª e 28ª) della quantità è stata pure alta quella del peso specifico, il quale si trova però quasi sempre in un rapporto inverso alla quantità meno che nelle giornate 26ª e 28ª. Anche questa curva del peso specifico presenta delle oscillazioni.

L' urea si è sempre mantenuta assai bassa seguendo una curva presso a poco identica a quella dell' acido fosforico tranne nelle giornate 7ª, 20ª e 24ª.

.L' acido fosforico pure si è sempre mantenuto nei limiti normali, ma con forti e rapide oscillazioni come

può osservarsi nelle giornate 6ª - 7ª, 8ª - 9ª, 23ª - 24ª, 24ª - 25ª, 26ª - 27ª, 27ª - 28ª. E nella giornata 24ª fu raggiunto il massimo della eliminazione di 2,91, mentre in questo stesso giorno vi fu abbassamento sia della quantità sia dell'urea, sia del peso specifico.

Tavola VI. — La quantità in generale si mantiene nei limiti normali. Presenta solo alcune rapide e notevoli oscillazioni nelle giornate 1ª - 2ª, 9ª - 10ª, 10ª - 11ª 32ª - 33ª. Tocca solo due volte la cifra di 1900, e solo due volte quella di 400. Non sempre è in rapporto inverso col peso specifico che, anzi, presentano il rapporto diretto; ma questo rapporto inverso è evidentissimo nei giorni in cui si verificano le rapide oscillazioni. Un rapporto diretto, invece, si osserva più evidentemente nelle giornate 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, e poi nelle giornate 12ª, 13ª. 15ª, e nelle 23ª, 24ª, 25ª.

Il peso specifico ha una curva irregolare con oscillazioni frequenti e assai ampie. Tocca anco la cifra di 1029, ove si mantiene per due giorni per poi cadere rapidamente (in 2 giorni) a 1016. Ampie e rapide oscillazioni si vedono pure tre volte coincidere colle oscillazioni della quantità. Queste tre oscillazioni sia del peso, sia della quantità non sono in relazione con attacchi convulsivi, tranne che un sol giorno il 17.°

La cifra dell'urea si è sempre mantenuta bassa , e una sola volta ha raggiunto il massimo di 22 0[00 in in un giorno (4°), in cui la quantità era scesa a 800; talchè può considerasi un aumento, riguardo agli altri giorni, relativo, mentre si hanno poi cifre di 7, 8, 85, 11 0[00 frequenti di urea anco con quantità normale di 1400, 1300, 1200.

La curva dell'acido fosforico negli innalzamenti non sorpassa mai le cifre normali, mentre ciò accade frequente per gli abbassamenti. Quello che risulta eviden-

tissimo sono le oscillazioni rapide, da un giorno all'altro e intense: oscillazioni che da un massimo scendono a un minimo nel giorno dopo o in due giorni. Questo si verifica nelle giornate 2ª-3ª, 3ª-4ª, 4ª-5ª, 6ª-7ª, 7ª-8; evidentissime sono le oscillazioni dei giorni 8°-9°, 9ª-10ª. Durante i due accessi che si sono verificati per tutto il tempo dell' osservazione si è avuto innalzamento della cifra del fosforo, una volta (14ª giornata) non molto notevole, ma l'altra evidentissima (17ª). L'aumento dell' eliminazione dell' acido fosforico, qualche volta coincide coll' abbassamento della quantità (giornate 10ª e 12ª) ma non sempre. I rapporti dell' urea coll' acido fosforico non sono sempre diretti; soltanto si scorge un rapporto diretto nei giorni in cui sono avvenute le oscillazioni maggiori dell' acido fosforico, per esempio nel periodo dalla 4ª alla 14ª giornata e nelle giornate 24ª e 25ª. Negli altri dì prevale la irregolarità, avendosi ora un rapporto inverso ora leggerissimo innalzamento coincidente con quello dell' acido fosforico. Si è da notare però che il rapporto diretto fra urea e acido fosforico si era sempre mantenuto fino al comparire del primo accesso che pare sia venuto a turbarlo. Difatti si mantenne fino al giorno 14° nel quale giorno comparso un accesso è rotto questo rapporto, il quale torna, non più evidente come prima, quando sono cessati gli accessi.

Tavola VII. — Quantità sempre alta tanto che più giorni si è raggiunta e passata la cifra di 2300 e per tre volte si è toccata quella di 1400. Si sono avute in questi limiti delle oscillazioni non molto notevoli ma sempre rapide. Si è osservato che ogni qual volta è sopravvenuto l'accesso, la quantità dell' urina è assai diminuita nello stesso giorno. Questo fatto si è verificato tutte le volte che è avvenuto l'accesso e ora la diminuzione è stata maggiore ora minore.

Il peso specifico invece si è sempre mantenuto più basso. Quasi sempre è in rapporto inverso alla quantità. Questo fatto è specialmente evidente nei giorni in cui si ebbe qualche oscillazione in più o in meno. Sono rare le giornate in cui esiste rapporto diretto.

La quantità dell' urea 0[00 si mantiene costantemente bassa. Il significato di questo abbassamento diminuisce nel caso presente se si tiene conto della quantità che risulta elevata; in ogni modo, però, in molti giorni l'urea non raggiunge la cifra che normalmente dovrebbe avere. L' urea subisce oscillazioni assai rapide e anche intense. Questo fatto appare anche più evidente se si considera che l' aumento relativo della eliminazione per 0[00 è avvenuta anche in quei giorni in cui la quantità giornaliera dell' urina era accresciuta, per esempio il 17°, il 37° giorno etc; e la diminuzione pure ha coinciso colla diminuzione della quantità dell' urina (giornata 18ª). In questo caso la maggiore irregolarità fra gli altri dati fornitici dall' urina è presentata dall' urea. Di solito il sopravvenire dell' accesso è in rapporto coll' aumento della eliminazione dell'urea; tranne una volta in cui lo aumento invece si verifica nel giorno successivo.

Quest' aumento è poco notevole; solo un pò più evidente è nella giornata 37ª.

L' acido fosforico in genere si è mantenuto nei limiti normali; giacchè una sola volta ha raggiunto il massimo di 2,5 0[00, mentre molti giorni ha oscillato fra 1,30 e 1,70 0[00. Bisogna però tener conto della quantità abitualmente elevata dell' urina eliminata nel dì, così le cifre più basse di acido fosforico 0[00 corrispondono ai giorni in cui le urine aumentano di quantità, sicchè la quantità di acido fosforico nel dì rimane nei limiti normali. Non si verificano grandi nè repentine oscillazioni. Qualche oscillazione non grande si verifica nelle gior-

nate 8ª-9ª, 27ª-28ª, 31ª-32ª, 36ª-37ª. Del resto anche queste oscillazioni per quanto piccole hanno importanza pel fatto che si sono verificate non in rapporto alla quantità. Così si vede crescere la quantità di urina eliminata nelle giornate 36ª e 37ª, e crescere insieme l'acido fosforico 0|00. Con gli accessi non si nota un rapporto evidente per quanto sia accennata l'aumentata diminuzione. Difatti mentre nella giornata 18ª si eleva di poco la cifra dell'acido fosforico, e si eleva anche nei giorni 25° e 37° in cui si ha un altro accesso, si abbassa invece il giorno 27° pure avendosi un attacco; e d'altra parte elevamenti si hanno i giorni 28° e 29° consecutivi a un accesso. Il rapporto dell' urea coll'acido fosforico non è di natura costante; e mentre è diretto dalla giornata 2ª alla 8ª e anche dalla 19ª fino alla 29ª fino alla 37ª cioè nella maggiore parte dei giorni, qualche volta è chiaramente in rapporto inverso.

* * *

CONSIDERAZIONI

La quantità dell'urina negli ammalati di nostra osservazione si è mantenuta sempre piuttosto scarsa, presentando però delle oscillazioni notevoli da un giorno all'altro, come si rileva specialmente dall'osservazione III, V e VI e un po' meno dalla VII. È degno di nota come gli individui studiati in queste quattro osservazioni presentassero tutti il carattere assolutamente proprio dell' epilettico e già dal riassunto storico risulta che erano irascibili, burberi, spesso minacciosi e impulsivi.

Non abbiamo però mai notato un rapporto costante fra le giornate di maggiore eccitabilità e quelle presentanti rapidi innalzamenti e abbassamenti nella curva della quantità. In relazione agli accessi non abbiamo a notare nessun cambiamento nella quantità dell' urina diminuita, tranne che tre volte nella osservazione VII^a^, in cui notammo corrispondere alla giornata dell' accesso una notevole diminuzione della quantità. Il Bleile neanche trovò che la quantità aumentasse in relazione degli accessi.

Il peso specifico che si mantiene quasi sempre elevato, si mantiene per regola generale in rapporto inverso alla quantità dell'urina. Qui ancor meglio che per la curva della quantità constatiamo frequenti, rapide e grandi oscillazioni, le quali molte volte stanno in rapporto con quelle date dalla curva dell' acido fosforico. A proposito del peso specifico relativamente elevato riscontrato da noi nei nostri ammalati dobbiamo ricordare che colle nostre coincidono le osservazioni del Prof. Lombroso (1).

La reazione nell' urina di tutti i nostri ammalati è stata quasi sempre acida. Soltanto nell' osservazione II^a^ si è avuta più volte un' acidità leggerissima, altre volte reazione neutra, altre debolmente alcalina. Nella V^a^ osservazione per più giorni di seguito (17 giorni) notammo reazione alcalina, corrispondentemente a giornate di maggiore eccitabilità.

Per incidenza notiamo che non abbiamo mai trovate sostanze eterogenee nell' urina dei nostri ammalati (zucchero, peptoni, ecc.) e soltanto una sola volta riscontrammo tracce di albumina (v. osservazione VI^a^).

(1) Lombroso — Morgagni 1864, disp. IX.

L'urea in generale si mantiene a una cifra piuttosto bassa. Ciò che sarebbe stato ancora riscontrato da Bleile, Roncoroni, Cristiani, mentre altri (Voisin e Peron, Petit e Oliviero) avrebbero trovata l'eliminazione in aumento. Echeverria e Rivano notarono che l'aumento si aveva soltanto dopo gli accessi. Subisce notevoli oscillazioni, le quali per lo più accadono contemporaneamente a quelle della curva dell'acido fosforico.

Quello che più merita attenzione è lo studio della curva dell'acido fosforico. Nei nostri ammalati, contrariamente a quello che è stato asserito da Mairet, Lallier, Bleile, Beale, Mendel, Lepine, ecc., l'acido fosforico non diremo che si mantiene basso, ma certo non supera mai le cifre medie. A noi interessa però di fare specialmente notare come nell'eliminazione di questo composto chimico si abbiano nei nostri epilettici delle oscillazioni così rapide e grandi da meritare veramente la nostra attenzione, nonchè da permetterci di darne una ipotetica, ma soddisfacente interpretazione. Invero le oscillazioni nella curva dell'acido fosforico le abbiamo riscontrate costantemente e frequentemente in tutte le nostre osservazioni; ma in modo speciale nella II^a, III^a, IV^a, V^a, VI^a e quasi sempre in relazione alla curva dell'urea. Non possiamo dire che vi sia un rapporto costante fra le oscillazioni dell'acido fosforico e le giornate degli accessi, poichè le nostre osservazioni non sono sufficientemente numerose. Però ciò lo troviamo evidentemente dimostrato nella osservazione I. giornata 8^a; nella III. giornata 23^a, 28^a, 31^a, nella IV. giornata 17^a. Quello però che risalta con facilità alla mente di chi osserva le nostre grafiche è il fatto che rapide e fortissime oscillazioni si notano non solo nei periodi intervallari, ciò che accade per le os-

servazioni I, II, III e VI, ma ancora in quelle grafiche nelle quali non figurano mai accessi epilettici. Per cui se non è lecito inferirne che queste rapide oscillazioni nell'eliminazione dell'acido fosforico stieno a rappresentare un equivalente di accesso epilettico, ci dimostrano però come nell'epilettico, oltre alle asimmetrie costantemente riscontrate dal lato somatico e alla instabilità dal lato funzionale, si abbia pure una instabilità quasi giornaliera nel ricambio materiale, dimostrata dalle rapide oscillazioni delle curve da noi studiate. E ciò a noi è riuscito tanto più facilmente poterlo dimostrare in quanto scegliemmo fra gli epilettici quelli, che, pur avendo tutti i caratteri così somatici che funzionali, presentano però accessi a lunghi intervalli.

Noi quindi concludendo riteniamo che il disequilibrio nelle forze organogenetiche, che dà luogo alle assimmetrie, e quello fisico e psichico che produce variabilità nelle funzioni organiche e psichiche (variabilità del carattere) stia in rapporto diretto con uno stato oscillatorio della funzionalità dei gruppi chimici dei varii tessuti dell'organismo, risultando ciò confortato dalle forti e rapide oscillazioni, che hanno presentato i nostri epilettici relativamente alla quantità e peso specifico dell'urina e in modo speciale in relazione alla curva dell'urea e dell'acido fosforico. Ciò può servire a darci ragione di quei casi di epilessia, nei quali l'autopsia stessa non ha rilevato alcuna lesione della corteccia cerebrale; casi in cui la scarica epilettica deve mettersi a carico del tutto al disequilibrio delle energie nervose, che si svolgono nelle zone psicomotrici.

Sentiamo il dovere di ringraziare il Direttore, Prof. Sadun, che ci permise di compiere queste ricerche nella sua Clinica e ci guidò con autorevoli consigli.

RIVISTE

L'ESTENSIONE NELLE MALATTIE NERVOSE (1)

RIVISTA SINTETICA

PEL

Dottor S. Tomasini

Da qualche tempo il metodo della sospensione nella cura di alcune malattie nervose e specialmente nel trattamento dell' atassia volge all'oblio: esso subisce la sorte fatale di tutti i mezzi terapeutici che, appena annunziati, sono portati all'apogeo in tutto il mondo per venire subito dimenticati.

Un lavoro del Dott. Konindjy, della clinica del Prof. Raymond a Parigi, tende a dimostrare che il metodo della sospensione non merita la sorte, a cui é ora ridotto, quella dell'oblio, ed in special modo poi l'estensione, che é uno dei metodi più impiegati della sospensione.

Il trattamento dell'atassia (una delle così dette malattie del secolo) per mezzo della sospensione fu per la prima volta nel 1883 applicato dal Dott. Motchoutkowsky di Odessa, portato a Parigi dal Prof. Raymond, dietro un viaggio ufficiale fatto in Russia, e deve a questi e al nome celebre di J. Charcot la sua rapida e

(1) P. Konindjy – De l'extension et de son application dans le traitement des maladie nerveuses (Archives de Neurologie vol. XIII n. 73 e 4 1902).

fortunosa diffusione. Questo metodo deriva dal tentativo che fece il Nussbaum di Monaco nel 1872 di curare una nevralgia del braccio con lo stiramento del nervo. Più tardi il Langenbuch, ampliando questo concetto, propose lo stiramento dello sciatico nel trattamento della tabe dorsale.

Per Raymond, Charcot, Erb ed altri la sospensione è un trattamento terapeutico *cronico* applicato contro un' affezione *cronica*: coloro che l'hanno considerata come inutile e gli altri che la ritengono illusoria non hanno bene considerato ed applicato questo principio fondamentale.

Raymond sostiene, che se la sospensione non è trattamento curativo contro la malattia, essa ha però un'azione terapeutica su alcune manifestazioni della tabe, e specialmente sui dolori folgoranti, sui disturbi genito-urinari, sull'incoordinazione dei movimenti. Erb ammette di più un'azione favorevole sul cammino in generale della malattia, oltre quella su alcuni sintomi particolari.

Leyden, il celebre clinico di Berlino, ammette questa salutare influenza; ma la crede dovuta ad un' azione psichica. Della stessa opinione sono Haushalten, Adam, e Bernheim arriva perfino ad assomigliare l' azione della sospensione con quella delle acque di Lourdes!

Ciò non ostante il metodo conta ancora moltissimi ed autorevoli fautori: Gilles de la Tourette, Dujardin — Beaumetz, Mendel, Benedikt, Hirth, Grasset, Lépine, Marie, Bectereff, Bruns, Russel, Hamilton, Jurgensen ecc.

Due fattori hanno contribuito all'abbandono e alla dimenticanza del metodo della sospensione nel trattamento della tabe, e primo fra tutti, gli accidenti mortali occorsi. Ben tredici casi di morte si sono finora resi pubblici e prodotti dal procedimento di Motchoutkowski.

Dopo una disamina minuziosa dei casi, quest'autore ha protestato che non è il suo metodo la causa degli accidenti mortali, ma l'applicazione viziosa fattane, in quanto che molti pratici hanno confidato la delicata manipolazione della sospensione o a mani inesperte o agli ammalati stessi.

La sospensione del corpo cagiona inoltre numerosi e talvolta gravi inconvenienti, e fra questi si sono principalmente osservati: crisi laringee, edemi degli arti inferiori, formicolio, paralisi radiale, ematuria, poliuria, albuminuria, vertigini, vomiti, metrorragia,

cianosi, sincopi, accessi convulsivi, amnesia, rottura di vasi ecc.

Il metodo primitivo di Motchoutkowski è stato da molti autori modificato.

Questo metodo, lo si sa, consisteva nell'applicazione dell'apparecchio di Sayre leggermente modificato da Chazal, e composto da un pezzo destinato a ricevere la testa e da due pezzi, che avevano lo scopo di sollevare le braccia.

Innalzando con una puleggia questi pezzi, il paziente viene sollevato dal suolo per mezzo del mento e delle ascelle. La durata della seduta varia da 30'' a 5'.

Dujardin-Beaumetz lascia che l'ammalato tocchi il suolo con la punta delle dita. Morton non impiega i pezzi ascellari, ma l'ammalato trattiene una corda, che parte da una puleggia. Weil-Mitchel rimpiazza i pezzi ascellari con un paio di corregge, che abbracciano i gomiti, formando così una specie di gronda dove riposano le braccia dell'ammalato sospeso. Lewis Hickey solleva l'infermo per la sola testa, lasciando che la punta dei piedi rimanga in contatto del suolo. Wood sospende i suoi atassici per il torace; Schilling di Norimberga li trattiene per la testa e stando seduti li solleva così leggermente dalla sedia. Ballet solleva gli ammalati aggiungendo dei pesi supplementari di 1 a 2 chilogrammi nel caso in cui il peso del corpo non sia sufficiente a produrre la necessaria trazione.

Tutte queste modificazioni portate al metodo Motchoutkowski non gli hanno tolto il difetto principale, che risiede nel principio stesso della sospensione: la brutalità, cioè, dell'azione. Esso è un metodo brutale perchè costringe l'infermo a sollevare la persona dal suolo e tenerla sospesa nell'aria, passando da una posizione sicura in un'altra anormale, in cui manca qualsiasi punto di appoggio. Ed é questo passaggio brusco la causa dei tormenti, dell'angoscia, che terminano con qualcuno degli accidenti ricordati, fino a provocare anche l'asfissia.

Allora si sono rivolte tutte le cure a fare delle modificazioni serie profonde. Così Weil-Mitchel ha abolito le corregge ascellari e pratica la sospensione in due tempi; Vergeles e Picot, all'apparecchio in cuoio, hanno sostituito delle semplici traverse e dei bracciali di stoffa; Hammond unisce ai piedi del paziente un dinamometro fissato al suolo, e un altro ne applica in alto all'apparecchio sospensore, per conoscere esattamente il

grado di trazione; Pichery combina la sospensione con la ginnastica.

I primi però a realizzare una vera trasformazione del processo di Motchoutkowsky furono i dottori Lande e Regnier di Bordeaux.

Questi autori notarono che la trazione per le ascelle é piuttosto molesta che utile, perché non produce alcuna estensione del midollo spinale e se ha una qualche azione sulla colonna vertebrale, questa è anche insignificante. Inoltre se la trazione ascellare è debole, quella della testa diventa molto forte, il che non è privo di danni per l'infermo; e viceversa se la trazione ascellare è forte, quella della testa risulta deficiente e quindi senza risultati.

Essi allora hanno costruito un apparecchio in cui la trazione cervicale è prodotta da una serie progressiva di pesi, che si mettono mano mano in un piattello attaccato ad un'estremità di una corda, la quale, traversando due puleggie, viene legata al pezzo mentoniero. L'ammalato è seduto su una sedia sormontata da un' asta verticale graduata, che misura l'estensione prodotta dalla trazione.

La trazione cervicale è graduale e progressivamente crescente: si comincia con una trazione di dieci kilog.; e si arriva fino a 40 kilog. La durata della seduta varia da tre a cinque minuti.

Nello stesso anno il Dott. Sprimont di Pietroburgo fé noto il suo apparecchio di estensione, il cui principio ricorda quello del Dott. Lande. Conosciuto sotto il nome di apparecchio Sprimont - Betchereff, è composto di un pezzo verticale, che porta alla parte superiore una ruota, che fa l'ufficio di una puleggia di 50 centim. di diametro. La corda che porta l'apparecchio di sospensione si attorciglia nella scanalatura della ruota e finisce in un ricettacolo, dove si trovano una serie di pesi differenti. L'ammalato stando seduto, la trazione si compie col pezzo mentoniero, mentre i gomiti riposano su una doccia olecranica.

L'apparecchio permette una trazione gradualmente crescente.

Konindjy ha modificato l'apparecchio di Sprimon, riunendo i due precedenti processi in un apparecchio che permette di avere la regolarità di trazione di quello di Lande e Regnier e la comodità dell'altro di Sprimon; ed ha costruito la poltrona per estensione, che risponde a tutti i *desiderata* di coloro che vogliono ottenere un'azione vera della sospensione sulla colonna vertebrale e possibilmente anche sul midollo spinale; in quanto che Konindjy fissa anche il bacino in una doppia scanalatura,

il che ci rende sicuri che l'azione del peso si ripercuote sulla colonna vertebrale.

Un terzo metodo di sospensione è quello proposto da Hegar nel 1884 e modificato più tardi da Bonnuzzi e da Gilles de la Tourette. Con questo metodo di sospensione il supposto allungamento del midollo spinale vien dato dalla flessione del corpo dell'ammalato verso gll arti inferiori: e viceversa dalla flessione di questi arti verso il tronco.

Hegar fissa le gambe dell'infermo su una tavola e fa flettere il tronco.

Gilles de la Tourette e Chipault immaginarono a loro volta un apparecchio noto sotto il nome di apparecchio di estensione con cui si permette, fissando le gambe dell'infermo, di portare gradualmente il tronco verso gli arti inferiori.

É un appareochio grossolano e brutale como il primo di Motchoutkowski con l'aggravante della compressione dei visceri addominali, mentre, d'altra parte, riesce inutile negli atassici affetti da rilasciamenti muscolari. Gli accidenti che provoca questo apparecchio, specialmente i disturbi viscerali e l'impossibilità di potere adoperare gli arti inferiori per più ore, dopo ciascuna seduta, lo rendono inutile anzi dannoso.

Il procedimento di Bonuzzi è meno brutale: questi si limita a far flettere gli arti inferiori verso il tronco stando l'infermo sdraiato su un divano. Blondel ha portato un'altra modificazione, raccomandando di flettere le gambe sulle cosce e la testa verso i ginocchi, che vengono presi dalle braccia; e rimanendo gl'infermi così curvati da cinque a dieci minuti.

Il quarto modo di sospensione è il piano inclinato: l'estensione proposta è studiata fin da principio nella sua influenza fisiologica da Bogroff.

Prima di questi però, Hamilton, in alcuni ammalati del sistema nervoso si serviva, come metodo curativo, di un piano inclinato; vi fissava il paziente per i piedi e abbassava poi la parte del piano dove trovavasi il capo: in questo modo, gli ammalati venivano a rimanere sospesi con la testa in basso e mantenuti dai piedi. In questa abbastanza incomoda posizione (e perchè non nociva?) gli ammalati rimanevano per circa dieci minuti; e Hamilton pretende di avere ottenuto, con un simile mezzo, buoni risultati terapeutici.

Bogroff cominciò dapprima con lo studiare l'azione fisio-

logica della sospensione, specialuente le modificazioni che si ottengono quando l'individuo dalla stazione orizzontale passa a quella verticale: perciò si servì, come Hamilton, di un piano inclinato come mezzo di sospensione, ma al contrario, faceva tenere la testa in alto e i piedi in basso. Bogroff, per la fissazione dell'infermo, abbandona la trazione mentoniera ed ascellare e si serve invece di quella olecranica; e nel piano inclinato, per ciò, si trovano due corregge a grondaia costruite in modo che l'ammalato si possa mantenere coi suoi gomiti. Da principio il piano ha un angolo di 35.°, ma questa inclinazione viene progressivamente aumentata fino a 5 e 10 gradi. In questa posizione l'ammalato può rimanere mezz'ora, un'ora e più.

Questo è il procedimento più inoffensivo di quelli più sopra menzionati.

Iacob di Berlino ha modificato questo processo di Bogroff: ha soppresso le docce olecraniche e produce la trazione con il peso stesso del corpo del paziente e con pesi supplementari, sopportati da una corda, che passa sulla gola di una carrucola situata nella parte superiore del piano, la quale ha una escavazione destinata a portare l'occipite dell'infermo. Konindjy ha modificato pure questo metodo; facendo uso di un tavolo piano, senza escavazione occipitale, e trattenendo l'infermo per mezzo delle ascelle e del mento.

Nel caso in cui il malato è di peso piccolo, non sufficiente a produrre la trazione necessaria, allora applica dei pesi supplementari ai piedi da 4 a 10 kilogr: o pure dei pesi alla cintura.

La differenza tra il procedimento di Motchoutkowski e l'estensione per mezzo di un tavolo inclinato sta in ciò che, con questo secondo metodo, la trazione è progressiva, calcolata e verificata. Ha un solo incoveniente: la resistenza che si ha per il contatto continuato del tavolo con il corpo dell'ammalato: al che viene rimediato sia con i pesi supplementari, sia ancora con la durata maggiore della seduta. D'altra parte, si può anche contare su questa resistenza — funzione negativa — per neutralizzare la trazione — funzione positiva — e modificarla secondo i casi.

Questo procedimento non ha portato alcun inconveniente, neanche nei cardiaci e nei bambini: Konindjy in più di 3000 sedute non ha constatato il minimo disturbo, come nel metodo della trazione pendente e per l'allungamento.

Il solo inconveniente è lo stiracchiamento dei muscoli della

nuca, cagionato dalla trazione, nelle persone obese, ma che sparisce subito dopo pochi minuti di riposo.

Di grande importanza per la terapia è la conoscenza dell'azione della sospensione sui centri nervosi in generale e sul midollo spinale in particolare.

Naturalmente le opinioni sono divise. Secondo Motchoutkowski la sospensione produce un allungamento del corpo da 3 a 5 cm. il quale a sua volta agisce sulla circolazione delle meningi producendo un'iperemia del centro cerebro-spinale. Slunine, in seguito ad esperienze anatomo-patologiche sugli animali, crede che questa iperemia, oltre che per l'allungamento del midollo spinale, deve essere spiegata con l'eccitazione sulla dura madre. Hegar da esperienze fatte con Strasser, conclude che la dura madre segue l'allungamento del midollo spinale per 25 a 35 millimetri.

Morton ha visto anche un allungamento dei tronchi nervosi; Onanoff un'esagerazione del riflesso rotuleo: Mendel ed Eulenbourg un acceleramento del respiro e della circolazione. Invece secondo Dujardin-Beaumetz e Brown-Sequard la sospensione produce un'anemia relativa del midollo spinale per spasmo dei vasi provocato in via riflessa dalla compressione dei nervi intercostali.

Come sopra è stato detto, chi ha studiato veramente l'azione fisiologica della sospensione è stato Bogroff.

Questi ha visto produrre iperemia nel midollo, la quale è causata dalla pressione negativa dovuta alla congestione *a vacuo*. Il vuoto che si ottiene tra il cranio e la dura madre agisce, secondo Bogroff, come una ventosa, portando una dilatazione nei vasi del cervello, della sua meninge e specialmente della sostanza grigia. Al microscopio si sono riscontrate delle emorragie attorno al canale centrale, nell'ependima, attorno e nelle cellule ganglionari delle corna anteriori e posteriori, e ciò lungo tutto il midollo spinale. La sospensione agirebbe quindi come mezzo meccanico che trasforma in modo speciale, con l'iperemia e l'allungamento della nevroglia, la nutrizione dei tessuti malati.

Per Bechtereff, invece, le modificazioni circolatorie dipendono da un atto riflesso prodotto dall'azione della sospensione sui muscoli, sui legamenti e sui nervi.

Per Benedikt, la nutrizione dei centri nervosi viene modificata per azione della sospensione sul sistema nervoso periferico.

Per Hirt, Leyden, Haushalter, Adam, Bernheim

la sospensione non produce alcuna modificazione anatomo-patologica nel midollo: quando agisce, lo è per suggestione. Erb pensa che gli effetti siano dovuti ad un eccitamento su tutto quanto il sistema nervoso: teoria che potrebbe avere una conferma nei lavori sperimentali del Silva, il quale dimostrò che durante la sospensione si ha aumento dell' eccitabilità faradica dei nervi.

Ostankoff ha rifatto alcune esperienze sugli animali, servendosi della sospensione col metodo di Hürthle: egli ha visto che l'estensione della colonna vertebrale produce le seguenti modificazioni nel dominio della circolazione sanguigna:

a) le arterie cerebrali si restringono;

b) la pressione arteriosa aumenta;

c) la pressione intracranica si abbassa.

Appena la sospensione o l' estensione cessa di agire, questi fenomeni cessano: i vasi del cervello si dilatano, la pressione arteriosa diminuisce, la pressione intracranica aumenta, sicchè si ha un'iperemia dei centri nervosi, preceduta da ischemia.

L'azione sulla colonna vertebrale potrebbe essere spiegata con l'estensione prodotta nei muscoli, nei ligamenti, nei nervi periferici, nelle radici posteriori e anteriori, nelle meningi e nel midollo spinale.

Questa influenza poi agisce riflessamente sul centro vaso-motore, provocando il restringimento delle arterie e il consecutivo aumento della pressione arteriosa.

Reid e Sherington fecero d'altra parte interessanti esperienze sui cadaveri, e constatarono che quando il corpo è sospeso in aria, in posizione verticale, il volume del canale cervico-midollare raggiunge il suo maximum.

Cagney invece, ha trovato un raccorciamento della colonna vertebrale nella sua porzione lombare, nessun allungamento del midollo spinale: sicchè con Althaus, crede che l' estensione agisce rompendo le aderenze meningee e per l' iperemia prodotta dalla deviazione della colonna vertebrale.

Queste esperienze però non possono essere decisive: l'azione della sospensione nel cadavere non può rassomigliarsi a quella sul vivo, perchè manca il tono muscolare, una funzione principale della vita umana.

Gli animali poi sono troppo martirizzati perchè possano reagire fortemente allo sperimentatore ed i dati risultano quindi poco attendibili.

Konindjy allora ha fatto delle ricerche su infermi di ma-

lattie nervose diverse, ed ha visto che l'estensione produce un allungamento del corpo di 1 a 2 centim.; si allunga di più la porzione cervicale.

I sintomi che hanno subìto un miglioramento con il trattamento terapeutico dell'estensione sono: l'incoordinazione dei movimenti, il segno di Romberg, i disturbi viscerali, i dolori folgoranti, l'impotenza, l'insonnia, le parestesie e l'anestesia, i disturbi vescico - rettali, i disturbi oculari, quelli dell'udito, lo spasmo della deglutizione; la soppressione del segno di Argyl-Robertson, il ritorno del riflesso di Westfal.

D'altra parte le complicazioni della sospensione possono sopravvenire: *a*) nei malati giovani, anemici, tubercolotici, enfisematosi, cardiaci; *b*) in quelli che hanno sofferto attacchi apoplettiformi ed epilettiformi; *c*) nei malati obesi.

Nei tabetici quindi i quali soffrono qualcuno di questi disturbi l'estensione è controindicata.

Essa può essere indicata oltre che nella tabe dorsale in molte affezioni del sistema nervoso centrale, nella sciatica, nella paralisi agitans, nel morbo di Friedreich ed anche nella neurastenia.

Lontani dall'affermare questo metodo di cura pericoloso e senza vantaggi terapeutici, dobbiamo però riconoscere che i risultati, che si attendevano dalla sospensione non si sono verificati; e solo alcune manifestazioni sintomatiche, specialmente della tabe, e non in tutti i casi, hanno ottenuto dei miglioramenti. D'altra parte si deve riconoscere che ci si ritrova di fronte a malattie, ritenute ribelli a qualsiasi trattamento, e che spesso si ricorre all'estensione in mancanza di un mezzo terapeutico che abbia prodotto un qualche giovamento.

Prof. d'Abundo — Afasia motrice — (*Società med-chirurg. univ. di Catania 1901*).

L'autore riferisce su d'un caso clinico riguardante una donna di 25 anni, analfabeta, senza eredità nevropatica, che non presentò mai un carattere nevrotico, nè ebbe a soffrire manifestazioni morbose in generale, e nervose in particolare. Era incinta al secondo mese, quando cominciò ad avere patemi d'animo, determinati dal timore di essere abbandonata dal suo amante.

Il 29 luglio 1900 mentr'era sull'uscio di casa, venne minacciata da un tale col fucile; ne provò tale spavento da cadere tramortita, presentando un accesso convulsivo durato parecchie ore, con perdita di coscienza e pericolo di aborto. Rinvenendo era afonica. Dopo dieci giorni abortì, si ripetette l'accesso convulsivo, in seguito al quale presentò completa afasia motrice, che si mantenne fino al 22 novembre 1900, giorno in cui il prof. d'Abundo, incaricato d'una perizia giudiziaria, la vide constatando che ella non riusciva ad emettere alcun suono, nè ad imitare i movimenti per pronunziare le parole: afasia motrice completa. Qualunque sforzo fatto dalla malata risolvevasi con un movimento espiratorio saccadè.

Intelligenza perfettamente conservata; la malata comprendeva tutto, esprimendosi con linguaggio mimico. Integra la motilità in generale e in particolare qnella dei muscoli innervati dal VII, X e dal XII. Sensibilità generale conservata; zona iperestesica dell'epigastrio; ambliopia, iperacusia.

Tutti gli sforzi fatti per parlare determinavano una contrazione spasmodica dell'epigastrio.

L'A. fece diagnosi d'afasia motrice isterica, facendone soggetto di conferenza clinica agli studenti di medicina, ai quali la ripresentò, nella lezione seguente, guarita mediante un'unica applicazione elettrica. La malata guarì, naturalmente, per suggestione il 23 novembre 1900, dopo tre mesi e 25 giorni dacchè era afasica. Sparì contemporaneamente anche la zona d'iperestesia dell'epigastrio, l'ambliopia, l'iperacusia.

L'A. fa rilevare come sia abbastanza rara nelle isteriche una afasia motrice così duratura, e come il caso clinico da lui riferito sia tanto più interessante, inquantochè si trattava di un soggetto che non aveva mai presentato disturbi isterici.

Lo spavento agì da vero trauma psichico, determinando un isterismo traumatico. L'effetto fu maggiormente risentito dalla donna perchè trovavasi incinta e depressa psichicamente.

L'A. s'intrattiene alquanto sulla interpretazione di disturbi isterici così classici, facendo rilevare come la dottrina neuronica li spieghi meglio di ogni altra.

Esposito.

Prof. D'A b u n d o—Afasia traumatica; consecutivi disturbi di sensibilità dissociati da quelli di motilità; epilessia tossica (*Società med. chirurg. univers. di Catania 1901*).

L'A. riporta il caso di Di M. da Castiglione di Sicilia, muratore, di anni 34, con anamnesi nevropatica negativa; individuo molto intelligente.

Nell'agosto 1897 mentre lavorava in una cava di pietre, in seguito allo scoppio di una mina, presso cui trovavasi, cadde violentemente per terra, battendo colla regione temporo-parietale sinistra contro un sasso acuminato, e riportando frattura del cranio. Vi fu perdita della coscienza per oltre 24 ore. Rinvenendo era emiplegico a destra e presentava completa afasia motrice, comprendeva perfettamente tutto ciò che gli si diceva, esprimendosi con linguaggio mimico. Dopo 4 o 5 giorni si manifestò epilessia jacksoniana a destra, la quale essendosi ripetuta, venne osservato dal Prof. S a l o m o n e, che rilevando compressione cerebrale prodotta da un frammento osseo della regione fratturata, praticò la trapanazione. Da notizie fornite all'A. dal Dott. S a g l i m b e n i risultò che l'operazione mise in evidenza il fatto che l'osso avvallato aveva leso le meningi ed anche la corteccia cerebrale sottoposta, di cui qualche frammento venne fuori. Subito dopo l'operazione il Di M. cominciò a muovere le dita della mano destra, migliorando rapidamente dell'emiplegia; l'afasia motrice rimase stazionaria.

Due mesi dopo il Di M. venne presentato al Prof. D' A b u n d o per discutere sull'opportunità di praticare una nuova operazione, dal momento che persisteva l'afasia motrice. Il Prof. D'A b u n d o ne fece soggetto di lezione clinica agli studenti di medicina, rilevando all'esame obbiettivo: leggiera emiparesi destra con ipoestesia a preferenza dell'arto superiore; intelligenza integra; afasia motrice completa; infatti riusciva a stento a pronunziare due sole parole bisillabe.

L'A. emise il parere che col metodo pedagogico Di M. poteva guarire, e che non credeva opportuna una ulteriore operazione. Infatti iniziata la cura, in un paio di giorni il Di M. riusciva a pronunziare un discreto numero di altre parole, rilevandosi semplicemente una facile dimenticanza. Ammesso nella clinica chirurgica

di Catania, anche il Prof. Clementi credette superflua una seconda operazione. Il Di M. intanto arricchì il suo dizionario di nuovi vocaboli e ritornò al suo paese. L'A. l'ha riveduto ultimamente dopo tre anni ed il caso gli sembra degno d'interesse, perchè il Di M. mediante energici sforzi è da se stesso riuscito a riapprendere tale numero di vocaboli da riuscirgli facile il farsi comprendere, però il suo modo di esprimersi somiglia a quello telegrafico, venendo soppressi tutti gli articoli e quei participii e sostantivi che non ricorda. É degno d'interesse il fatto che dal modo suo di parlare non si prevede il numero notevole di vocaboli di oggetti comunissimi di cui non ricorda il nome. Per es. mostrandogli una tenaglia, un rubinetto, uno specchio, un lapis, un catenaccio, un gatto, un bottone, un lenzuolo, un cancello, un fazzoletto, un balcone, un ombrello, un pettine, un portamonete, i baffi, le dita, la mano ecc: egli non ne ricorda i simboli verbali, sebbene col linguaggio mimico riesca a far comprendere l'uso a cui servono. Però rammentandogli le denominazioni egli è soddisfatto, e riesce a ripeterle con leggiera difficoltà. Egli confessa francamente, che i suoi sforzi furono diretti a riapprendere quei vocaboli riguardanti cose che non poteva direttamente mostrare.

È bastato però che egli rimanesse a Catania un paio di giorni per riapprendere un numero rilevante di vocaboli dimenticati. Ciò sta a dimostrare che se avesse fatto un adeguato esercizio pedagogico sarebbe già guarito, come attualmente è tuttavia in condizioni di guarire, essendo individuo molto intelligente.

Da un anno a questa parte il Di M. asserisce che ha cominciato a bere vino più del solito; e quando qualche sera trovandosi in compagnia di amici ha ingerito una quantità maggiore di vino, allora si è manifestato in lui dapprima per un paio di volte l'epilessia parziale nel facciale inferiore di destra ed indi anche diffusione dei movimenti clonici al braccio destro, durata pochi secondi; non perdita nè turbamento della coscienza, nè depressione psichica consecutiva. Tali sintomi però si sono determinati solamente in quelle sere in cui ha abusato di vino. All'esame somatico del Di M. l'A. notò, che persiste una leggerissima paresi del ramo inferiore del VII destro, ed una lieve deviazione a destra della lingua.

Forza muscolare validissima anche nel lato destro; però è rimasto permanente l'indebolimento della sensibilità generale nella mano destra, più marcato nei polpastrelli. Infatti anche ad occhi aperti gli riesce impossibile prendere uno spillo dalla capocchia;

nel taschino del panciotto non avverte se ha carte, filamenti ecc., nella regione temporo-parietale sinistra esiste un avvallamento, là dove venne praticata la trapanazione. Tale ubicazione dimostra che il trauma influì a preferenza sul piede della 3.ª circonvoluzione frontale sinistra e sul terzo inferiore delle due circonvoluzioni rolandiche di sinistra, con risentimento nel resto della zona motrice per la compressione; ciò lo si argomenta dal disturbo della parola e dalla lieve paresi del VII e del XII tuttora esistenti.

È interessante il fatto, che, mentre il disturbo della motilità sparì del tutto nell'arto superiore destro, quello della sensibilità rimase permanente, e ciò dopo oltre 3 anni e mezzo dalla lesione. A tal riguardo l'A. si ferma a ricordare le dottrine vigenti sulla localizzazione del centro corticale della sensibilità tattile, ricavandone particolari induzioni.

Per riguardo agli accessi di epilessia parziale, che sono cominciati a verificarsi con tendenza alla diffusione, dietro abuso di alcoolici, l'A. prende da ciò occasione per trattenersi brevemente sulle epilessie tossiche, ricordando come tal caso clinico sia una brillante conferma di quegli studi sperimentali da lui praticati, ledendo la corteccia cerebrale nei cani appena nati, e facendo loro ingerire dell'alcool quand'erano divenuti adulti. (Vedi comunicazione sulla Porencefalia sperimentale, Rassegna internazionale della Medicina moderna 1900).

Esposito

P i l c z — Sur les psychoses chez les iuifs. (*Annales Mèdico - Psychologiques n. 1°. 1902*).

È un lavoro puramente di statistica, eseguito nella Clinica Psichiatrica di Vienna. L'A. studiando la follia periodica fu colpito dall'osservare che un gran numero di casi era dato dagli ebrei; difatti su 1219 ammissioni (avvenute nello spazio di tre anni e mezzo) egli notò 134 ebrei, e propriamente 81 su 723 uomini e 53 su 469 donne. Varii autori si sono occupati di questo argomento, come lo S c h ü l e, il K r a e p e l i n, K r a f f t - E b i n g, H i r s c h l, B e a d l e s, S a v a g e, B e n e d i k t ecc. rilevando in generale la frequenza della pazzia negli ebrei, sopratutto della paralisi progressiva e dando una grande importanza ai numerosi matrimonii consanguinei che avvengono fra essi.

L'A. si propone di risolvere i due seguenti quesiti: la razza ebraica relativamente a quella ariana è più predisposta alle alienazioni mentali e nel caso affermativo a quali forme psicopatiche va più soggetta?

Al primo quesito egli risponde affermativamente facendo rilevare coi dati statistici la grande frequenza delle malattie mentali fra gli ebrei. Per il secondo viene alle seguenti conclusioni:

a) Molto raramente negli ebrei si osservano quelle psicosi che hanno per fattore etiologico l'alcoolismo cronico.

b) Le psicosi dovute oltre che a predisposizione individuale a cause accessorie (come le intossicazioni di origine exo — od - endogene, alterazione dei vasi, focolai cerebrali ecc.) si presentano con eguale frequenza negli ebrei e negli ariani.

c) I casi di demenza precoce e di demenza consecutiva ad una psicosi acuta sono più frequenti fra gli ebrei.

d) La Paralisi Generale è molto frequente tra di loro dovuta specialmente a sifilide ed a strapazzo intellettuale.

e) Gli Ebrei sono molto predisposti a quelle psicosi in cui la degenerazione ereditaria è il fattore quasi unico.

Galdi.

BIBLIOGRAFIE

Paul Kowalewsky — La migraine et son traitement. — *Paris 1902.*

Non è un lavoro originale nel senso più comunemente usato della parola, ma una monografia completa sull'argomento, in cui l' egregio alienista russo ha riassunto tutto quanto si sa e risulta dagli antichi e dai recenti studii sull' etiologia, patogenesi, sintomatologia e terapia dell' emicrania.

Quanto alla parte sintomatologica, mette nella dovuta luce i rapporti che decorrono tra questa malattia ed alcune diatesi da un canto, e dall' altro alcune neurosi, specie l'isterismo e l'epilessia, ed insiste poi sui disturbi psichici in diretto nesso coll' emicrania, e che sono stati illustrati specialmente dai lavori del nostro Mingazzini. Quanto alla patogenesi, l'A. emette delle idee sue, notando giustamente che, come accade per molte altre nevrosi, devonsi in essa distinguere le cause che diremo fondamentali e costituzionali, che egli crede consistano in stato diatesico molto affine alla diatesi urica, dalle cause provocatrici degli accessi, che son per lo più rappresentati da autointossicazioni. Partendo da questi dati, delinea il trattamento dell'emicrania, dopo avere accennato alle varie cure raccomandate e sperimentate. Profilatticamente rileva l'importanza dell'eredità neuropatica ravvicinando l'emicrania all'epilessia ed a tutte le malattie convulsive, in cui cioè vi sono scariche irregolari e disordinate dell'energia nervosa; indica, quindi, il regime dietetico necessario sia a modificare gli stati costituzionali sia ad impedire le autointossicazioni; ed infine la cura che dalle sue esperienze gli è risultata più utile per l'accesso.

Sarebbe desiderabile che molti degli autori russi seguissero l' esempio del Kowalewski di pubblicare

in francese i loro lavori onde renderci accessibile la vasta ed importante produzione scientifica russa, che per molti di noi rimane un terreno inesplorato, a causa della grande difficoltà di studiare ed intendere quella lingua.

G. Angiolella.

C. Melagrani — CODICE SANITARIO.— *Napoli. E. Pietrocola 1902.*

Di grande utilità è certamente per il pubbico medico, che, pur non avendo l'obbligo di essere edotto di leggi, ha colle leggi tanti rapporti nelle svariate contingenze dell'esercizio professionale, la 3ª edizione di questo Codice Sanitario, resasi necessaria per le accresciute e modificate disposizioni legislative. Essa è completa ed abbraccia tutti i più recenti decreti, leggi e regolamenti che possono riferirsi alla sanità pubblica e privata.

G. Angiolella.

NECROLOGIA

JACOPO FINZI

Rapito nel fiore degli anni e delle speranze alla vita ed agli studi suoi prediletti, nei quali tanto cammino aveva percorso e tanto ne avrebbe indubitatamente percorso nell'avvenire, questo giovane forte, intelligente e laborioso lascia in tutti grato e mesto ricordo ed eccita colla sua dipartita quel dolore acuto che ne invade ogni volta che vediamo immaturamente troncata una energia viva e promettente. Avevamo conosciuto il Finzi attraverso le sue pubblicazioni molteplici e multiformi, lo avevamo conosciuto di persona in due congressi scientifici, ed avevamo potuto constatare come, pur non accettando tutte le sue idee, non era possibile non dividere la simpatia che destava il suo spirito fine, la sua intelligenza acuta, il suo fare spirante energia e bontà nel tempo istesso. E benchè non intimi amici suoi, ci siamo intesi colpiti dalla notizia della sua perdita, che è perdita della giovane scuola psichiatrica italiana, come da quella di un amico carissimo, ed ubbidiamo ad un bisogno del cuore unendoci al mesto saluto che tutta la nostra stampa psichiatrica invia alla sua memoria.

G. A.

Annunzio

Annunziamo con piacere come il Bollettino del Manicomio di Ferrara, già una volta aumentato di mole, sia ora assunto alla dignità di un vero giornale, che ha assunto il titoto di **Giornale di Psichiatria e di Tecnica Manicomiale.** Nel congratularci con l'egregio Dr. Tamb roni e coi suoi collaboratori della loro attività scientifica, che accresce sempre più importanza e prestigio a quel Manicomio, dobbiamo anche compiacerci con loro dell'indirizzo pratico scelto, affermantesi coraggiosamente nel titolo assunto.

G. A.

Quantità	Densità	Acido fosforico ‰
3100	1030	3,10
3000	1029	3,00

30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Accesso

Quantità	Densità	Acido fosforico ‰
3100	1030	3.10
3000	1029	3.00

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Accesso

Quantità	Densità	Acido fosforico ‰	Urea ‰
3100	1030	3,10	35
3000	1029	3,00	34

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Quantità	Densità	Acido fosforico %oo
3100	1030	3,10
3000	1029	3,00

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Anno XVIII. N.° 2.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1902

INDICE

MEMORIE ORIGINALI

BIBLIOGRAFIE

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal **Prof. Domenico Ventra**

SULLA COSIDETTA

PSICOSI POLINEVRITICA

PEL

Dott. G. Esposito

I.

L'avvenimento in patologia mentale della psicosi polinevritica data dalle comunicazioni del Korsakow (1), che per il primo vi richiamò su l'attenzione, e da cui anche la malattia ebbe nome (Jolly). Si tratta in essa dell' associazione di una nevrite multipla a dei disturbi psichici speciali, segnatamente della memoria e dell' associazione delle idee.

La concomitanza di fatti psichici nelle nevriti multiple era stata veramente intravista prima da altri autori, da Magnus Huss fino a Charcot, ma solo in forme di origine alcoolica. Però non si era dato a tale associazione un significato speciale, non vi si era riconoscimento

(1) Korsakow — Eine Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Lähmung und ihre Beziehungen zur psychischer Störung bei multipler Neuritis nicht alkoholischen Ursprungs.-Id. Einige Fälle von eigenartiger Cerebropathie bei multipler Neuritis (Westnik Psychiatrii -- Jeschenedelnaja Klinitscheskaja gaseta, — Archiv. f. Psych. XXI H. 3 – 1887) — Id. Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis (Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 46) — Id. Erinnerungstäuschungen (Pseudoreminiscenzen) bei Polyneuritischer Psychose (Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. XLVII) — Id. Comptes rendus du Congrès international de Médicine mentale de 1889, Melun 1892.

sciuto un legame intimo di connessione; si era interpretata la psicosi semplicemente come una complicazione, dovuta all' azione speciale dell' alcool sul cervello. Il Korsakow potè dimostrare invece come dei disturbi psichici assolutamente analoghi si abbiano anche in nevriti multiple, nella cui etiologia si può assolutamente escludere l'alcool, pubblicandone 14 classiche osservazioni, riferibili a cause svariate, quali feto putrefatto, setticemia puerperale, accumulo di feci, tifo, tubercolosi, diabete, ittero, linfadenoma, tumore icoroso. Più tardi anche furono descritte delle polinevriti da malaria (1) da sifilide (2) da influenza (3) da tabacco (4) ecc. Dallo esame dei casi di sua osservazione, Korsakow concluse che l' alterazione della crasi sanguigna e l'accumulo di sostanze tossiche di diversa natura e provenienza, egualmente come la intossicazione alcoolica, può determinare importanti disturbi da parte del sistema nervoso, affettando ora le parti periferiche, ora le centrali, ora ambedue, nel qual caso dà luogo a quel complesso sintomatico da lui messo in rilievo, e cui propose di chiamare *cerebropatia psichica tossiemica o psicosi polinevritica.*

Essa dunque, secondo le vedute di Korsakow, è caratterizzata dai sintomi della nevrite multipla, in unione a un complesso di fatti psichici, consistenti an-

---

(1) Completa letteratura in: — Sacquépée et Dopter — Des névrites palustres. (Revue de médicine. N. 4 e 6, 1900).

(2) Una rassegna dei casi esistenti nella letteratura è stata fatta diligentemente da: R. Cestan — La polynéurite syphilitique (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, 1900 N. 2).

(3) *Brie* — Ein Fall von Geistesstörung nach Influenza (Allg. Zeitsch. f. Psych. 1893).

(4) Buccelli — Un caso di psicosi polinevritica per tabacco. (Rivista di patologia nerv. e ment. 1898).

zitutto in amnesia e alterazione dell'associazione delle idee, con predominio in alcuni casi di sintomi di irritabilità ed eccitamento, essendo la coscienza relativamente ben conservata, in altri di obnubilamento della coscienza, legato sia ad apatia, sia ad eccitamento. Questa amnesia, che domina il quadro morboso dal punto di vista psichico, è variabile come intensità da un caso all'altro, e anche nello stesso malato, per molteplici condizioni che possono intervenire. Ora evidentissima, sì da esser rilevata a prima vista, è altre volte alquanto sfumata, sì da non esser messa in evidenza che ad un esame accurato. Riguarda gli avvenimenti recenti, le ultime acquisizioni, che rapidamente, da un momento all'altro, si cancellano dalla memoria del paziente, mentre egli conserva abbastanza bene il ricordo del passato. Ci possono essere anche delle pseudo-reminiscenze, errori di memoria. Però i ricordi del presente vengono mantenuti nell'incosciente, sì che nella convalescenza o a guarigione avvenuta sono o possono essere normalmente evocati.

Il meccanismo dell'amnesia consisterebbe nella perdita della memoria di evocazione, rimanendo poco alterata la memoria di fissazione.

Oltre a questi fenomeni da parte della psiche e a quelli riguardanti il sistema nervoso, si hanno poi sintomi generali, dimagrimento, perdita delle forze, diminuzione dell'attività cardiaca, modificazioni qualitative dell'urina, ecc.

La psicosi polinevritica, così come fu descritta dal Korsakow, venne generalmente riconosciuta ed accettata, e la casuistica si andò man mano arricchendo di nuovi contributi.

Però, pur conoscendosi un certo numero di casi dovuti a svariate cause tossico-infettive, la gran maggioranza

appartiene sempre alle forme alcooliche, proprio a quelle cui i primi osservatori non avevano attribuito speciale importanza, considerando la psicopatia come di origine alcoolica banale, come una complicanza e nulla più.

Già il Tiling (1), esaminando, in un lavoro comparso nel 1890, buona parte dei casi fin' allora conosciuti di nevrite multipla, trova, nel maggior numero di essi, notato anche un disturbo psichico, ma tiene a far rilevare come, nella etiologia, in 21 malati compare l'alcoolismo, che solamente in due casi non esisteva. Egli riconosce che in tutti vien notata la debolezza della memoria, e pur non escludendo in modo assoluto la possibilità di una forma morbosa coi caratteri della psicosi di Korsakow, scrive in opposizione a questi: « Un esame della letteratura dimostra che in casi di nevrite multipla di origine non alcoolica, molto raramente è notato un disturbo psichico » invece « l'amnesia, come disturbo psichico molto evidente di tutti o quasi tutti i casi di polinevrite alcoolica, appartiene generalmente a quei casi di alcoolismo cronico legati a disturbi sensitivi e motori, mentre i gradi leggieri di amnesia si osservano anche non raramente in quegli alcoolisti che non presentano altri disturbi motori, tranne il tremore ». E in un' altra memoria, comparsa più tardi (2), soggiunge: « Fin quando esiste lo stato confusionale (*Verwirrtheit*) e l'eccitamento fino allo stato maniaco non si può per nulla considerare come caratteristico di una forma speciale di malattia mentale lo scambio dei fatti e delle antiche reminiscenze con gli

(1) Tiling — Ueber die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVI, 1890).

(2) Tiling — Ueber die amnestiche Geistesstörung (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1892. Bd. XLVIII.

avvenimenti recenti, il disorientamento circa al luogo e al tempo ». Nota pure come il « disturbo psichico amnesico non appartiene in proprio alla polinevrite, ma si osserva anche nella demenza senile e dopo traumi al capo ».

Il Tiling insomma solleva importanti obiezioni al Korsakow, tendendo a considerare la psicopatia come propria degli alcoolisti cronici, molto raramente osservantesi in nevriti da altra causa, ove sarebbe anche meno pura nella sua forma, sicchè viene a negarle qualunque diritto di autonomia.

Nel 1894, il Colella (1), fra noi, pubblicò sull'argomento una pregevolissima monografia. Egli accetta completamente e svolge le idee di Korsakow, riferendo otto osservazioni personali, raccolte nelle cliniche di Charcot e di Hitzig, e analizzandone altre sedici rinvenute nella letteratura fino a quel tempo, che comprendono i casi di Korsakow, oltre uno di Korsakow e di Serbski e un altro di Giese e Pagenstecher.

Anche Colella ha cura di mettere in rilievo l'amnesia, pur riconoscendo che non la si ritrova in tutti i casi, che non è « un sintoma di obbligo », e che più specialmente essa appartiene alla polinevrite alcoolica, di cui sarebbe anzi uno dei caratteri distintivi. Il suo meccanismo sta nella perdita della facoltà di rievocazione delle immagini (amnesia di evocazione), mentre invece la fissazione dei ricordi avviene più o meno bene, date la condizioni anormali in cui si compie, ma avviene, e le tracce ne son conservate nell' incoscien-

(2) Colella — La psicosi polinevritica (Annali di Nevrologia 1894).

te, sì che possono rivivere al tempo della guarigione. Più o meno profonda a seconda i casi, involge sopratutto gli avvenimenti più recenti, può essere anterograda o retrograda, ed ubbidisce a tutte le leggi psicologiche che presiedono alla memoria e dànno la chiave d'interpretazione dei suoi disturbi.

L'A. però dichiara che per la diagnosi di psicosi polinevritica c'è sempre bisogno della presenza della nevrite: « la diagnosi *psicologica* deve essere innanzi tutto *neuropatologica* ». Dal punto di vista etiologico, degli otto casi osservati dal Colella, uno solo (il VII) presenta dubbio circa l'alcoolismo del soggetto; in tutti gli altri tale elemento etiologico compare sempre ed ha una parte ragguardevole, sì che, anche quando vi si associano altri fattori (sifilide, reumatismo articolare acuto, tabagismo), le manifestazioni alcooliche prendono il sopravvento nel quadro psichico. In effetti, tutti i pazienti (escluso, anche qui, il caso VII), hanno illusioni ed allucinazioni terrifiche, specialmente visive, di animali immondi, feroci, fantasmi, spettri ecc.; in alcuni ci sono ancora stigmate fisiche, quali tremore, convulsioni ecc. L'Oss. X., di Giese e Pagenstecher, è addirittura un caso classico di delirium tremens. Vi si possono quindi fare le identiche osservazioni che Tiling fece già a Korsakow.

Comunque, fino a questo momento, tranne la differenza già rilevata, cioè che il Korsakow, e qualche altro autore, come Brie (l. c.), Vaindrach, Doubrovine e Kikhine (1), Höwel (2) ecc., pur ritenen-

---

(1) Citati da Soukhanoff.

(2) Höwel — Ueber posttyphöse Dementia acuta combinirt mit Polyneuritis Jahr. f. Psych. 1892 Bd. XI).

do frequente la psicosi nelle forme alcooliche, la consideravano anche frequente nelle polineriti da ... cause infettive o tossiche, tanto da sembrare al primo veramente incomprensibile di non trovarla fino allora descritta, e Colella la riteneva più frequente nell' alcoolismo, mentre il Tiling non credeva accettarne la entità clinica, facendone una coincidenza della polinevrite alcoolica, del resto la psicosi polinevritica ha conservato, nel concetto dei suoi propugnatori, intatto il quadro sintomatologico disegnato dal Korsakow.

Si comincia intanto a riconoscere da altri autori che non sempre la cose avvengono così. Già anche dal punto di vista patogenetico non tutti accettano che l'etiologia di questa malattia debba attribuirsi alla tossiemia. Frank (1), Séglas (2) e anche in parte Gudden (3) vogliono ascriverla piuttosto ad uno stato di esaurimento del sistema nervoso, e più particolarmente del cervello. Ma la malattia comincia a subire modificazioni anche dal punto di vista clinico.

Jolly (4), in uno studio accuratissimo di 53 casi di polinevrite, fa le seguenti distinzioni: Un primo gruppo comprende dieci infermi in cui la polinevrite era decorsa senza alcun disturbo psichico di sorta. Un secondo gruppo di ventidue malati offre delle forme di polinevrite

---

(1) Frank — Polyneuritis und Geistesstörung — Inaugural — Dissertation, Köln 1890.

(2) Séglas — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris 1895.

(3) Gudden — Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis ecc. (Archiv. f. Psych. und Nervenheilk. Bd. XXVIII.)

(4) Jolly — Ueber die psychischen Störungen bei Polyneuritis (Charité — Annalen, Jahrg. XXII, 1897) Analizzato in Riv. di patol. nerv. e ment. 1898, Fasc. 4°.

associata a sintomi psichici che non hanno nulla a vedere con quelli descritti da Korsakow, presentandosi invece come vero delirio o come forme abortive di esso. Un terzo gruppo riguarda diciannove casi in cui la polinevrite si accompagna alla sindrome mentale di Korsakow. Finalmente il quarto gruppo è costituito da due infermi, i quali, senza presentare fatti di nevrite multipla, ne avevano però i caratteristici disturbi mentali.

Jolly opina che il concetto di Korsakow si debba accettare in quanto che, se è vero che i due fatti cardinali dell'amnesia per le impressioni recenti con conservazione delle lontane e la paramnesia (illusione della memoria) si riscontrano anche nel comune delirio, pure questo rappresenta un disturbo acuto, mentre la psicosi polinevritica è una forma a decorso più prolungato, non solo, ma costituisce un disturbo più profondo e più grave. Queste differenze però non dipenderebbero che da una più intensa azione della tossina, rimanendo identico l'agente etiologico del comune delirio e della sindrome di Korsakow. Ond'è che a questa non si conviene nè il nome di psicosi polinevritica nè quello di tossiemica, e l'A. propone di lasciarle la designazione di *sindrome di Korsakow*. Riconosce però che accanto a questa forma alquanto specializzata, se ne può osservare un'altra di comune delirio.

La concezione primitiva dell'autore russo viene quindi ad essere modificata. E più ancora lo diviene secondo il Ballet (1). Egli proclama ammessa la moltiplicità di

(1) Gilbert Ballet — La psychose polynévritique (X Congrès des aliénistes et neurologistes de France, in Marseille, 1899 — Arch. de Neurologie N. 41, Mars 1899).

manifestazioni psichiche di questa « sindrome mentale associata ordinariamente alla polinevrite » e considerando l'amnesia come una delle forme soltanto, le aggruppa in tre ordini:

1°) delirio sistematizzato, idee fisse consecutive e sogni che ricordano la fisonomia del delirio onirico, subdelirio la sera, analogo al delirio esotossico-alcoolico, sogni disordinati (*rèvasserie*) della notte che possono persistere nel giorno, vaneggiamenti (*rèveries*) che dimostrano lo stato d'intossicamento delle cellule corticali.

2°) confusione mentale, nella sua forma classica, con associazione viziosa delle idee, insufficienza della percezione, apparente stato di depressione melanconica, eccitamento maniaco, fare stupido ecc. , con una durata di alcuni giorni ad alcuni anni, con possibile esito in demenza.

3°) Forma amnesica; alterazione mentale accompagnata o no da delirio, amnesia singolare, differente da quella che si osserva in altre malattie (paralisi progressiva, vesanie, demenza senile), cioè amnesia pura con conservazione della logica, con associazione normale delle idee, ossia dei ricordi esistenti, e senza difetti nel ragionamento, se non si riguardano che gli avvenimenti del momento.

Queste tre forme cliniche si confondono poi spesso tra di loro, con varietà intermedie numerosissime.

Mentre dunque per il Ballet il concetto della sindrome di Korsakow viene esteso, essa perde uno dei suoi tratti ritenuto più caratteristico, l'amnesia, che figura semplicemente in un gruppo di casi.

Poco più, poco meno, a queste vedute si associa anche il Tiling (1).

D'altro canto, altri autori si son tenuti strettamente al criterio dei disturbi della memoria, sì da far diagnosi di psicosi polinevritica e chiamar tali dei casi in cui l'amnesia era evidente, mentre mancavano completamente i sintomi della nevrite multipla (2). Non più dunque, come voleva Colella, « la diagnosi psicologica deve essere anzitutto neuropatologica ».

Del resto i criterii della diagnosi neuropatologica, cioè della nevrite multipla, si sono andati modificando, col perfezionarsi e integrarsi delle vedute isto-patologiche, grazie ai progrediti metodi di ricerca.

È risaputo infatti quanto attualmente sia controverso l'argomento della distinzione tra polinevrite e poliomielite, e quanto non meno difficile sia far la giusta parte di ciò che è della cellula e di ciò che è del cilindrasse. Effettivamente, i criteri di anatomia, di fisiologia, di patologia che già permisero la concezione della unità del neurone (3), da una parte, i metodi

---

(1) Th. Tiling — Alcoholic paresis and infectious multiple neuritis (American Journal of Insanity, 1898. vol IV).

(2) Jolly — Ueber die psychischen Störungen ecc. l. c.

Lückerath — Beitrag zu der Lehre von der Korsakow'schen Psychose (Neurol. Centralbl. 1901 — N. 8).

Regis — Des psychoses dans les polynévrites (Arch. de Neurol. 1894)

Babinski — Traité de médecine 1894, vol. VI p. 745.

Gudden — Klinische und anatomische Beiträge ecc. l. c.

Monkemöller — Casuistische Beiträge zur polyneuritischen Psychose (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898 Bd. LIV).

Schulze — Beiträge zur Lehre von den sogenannten polyneuritischen Psychose (Berl. klin. Woschenschr. 1898 N. 24).

(3) A molti farà maraviglia sentire ancora parlare di neuroni. Sta però il fatto che mentre può non esistere nè anatomicamente, nè embriologicamente, ecc. la unità neuronica, essa esiste fisio-patologicamente, come rapporto di trofismo e di affinità patologica, esiste cioè nel senso in cui qui la parola neurone viene adoperata.

progrediti di ricerca isto-patologica dall'altra, con le brillanti conferme che hanno dato ormai in mano di tutti gli sperimentatori, fanno ritenere come un fatto positivamente assodato, che, anche ammettendo fra cilindrasse e cellula nervosa una certa autonomia (von Lehnossek), tuttavia le due parti non sono indipendenti, le perturbazioni funzionali e nutritive dell' uno hanno eco sulla funzione e la nutrizione dell' altra, e viceversa. Del resto, anche i più strenui nemici della teoria (cosidetta) del neurone — Apáthy, Bethe, Held, Nissl—non negano almeno alle cellule nervose un'azione trofica. Come si esprime il Raymond (1), tra cellula e cilindrasse « se vi ha indipendenza istologica non vi è indipendenza dal punto di vista delle affinità patologiche », sì che la condizione anatomo-patologica vera a riscontrarsi è quella della cellulo-nevrite. La letteratura possiede già dei casi di polinevrite (illustrati da Marinesco in poi), in cui l'esame istologico coi metodi più delicati (Marchi, Nissl) ha potuto dimostrare, insieme alle alterazioni proprie dei tronchi nervosi, anche delle alterazioni delle cellulle delle corna anteriori spinali (2). Non si può dunque parlare di polinevriti pure o di pure poliomioeliti. Con ciò si viene a spiegare in buona parte anche la grande incertezza clinica — in

(1) **Raymond** — Leçons sur les maladies du système nerveux 1900.

(2) **Soukhanoff** — Sur l' hystologie pathologique de la polynévrite (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1897 N.º 5).

Halban — Ein Beitrag zu Polyneuritis alcoholica (Przeglad lecarski 1900, anal. in Neurol. Centralbl. 1901 N. 11).

K. Heilbronner — Rückenmarksveränderungen bei der multiplen Neuritis der Trinker (Monatschrift f. Psych. und Neurol. Bd. III. e IV, H. I, f. (6 1-2 1898).

Ballet et Faure — Contribution à l'anatomie pathologique de la psy-

alcuni casi — a stabilire una diagnosi differenziale esatta. Si pensi alle forme di passaggio, alle forme leggere, in cui la sintomatologia è abbozzata, ai casi ove qualcuno dei sintomi che é di maggiore importanza manca — le polinevriti motrici sistematiche informino — o é modificato, sì da deporre per altra forma morbosa. Se tutto questo è vero, non è però meno giusto far rilevare che, ciò malgrado, la clinica fornisce d'ordinario sufficienti dati per una giusta diagnosi. Essendo che l'aggruppamento e i rapporti delle cellule spinali e dei gangli spinali è diverso dall'aggruppamento e dalla distribuzione alla periferia dei relativi prolungamenti, si comprende come sia per lo più possibile distinguere le manifestazioni cliniche di una lesione centrale da quelle di una lesione periferica.

L'insieme dei fatti esposti permette intanto di mettere in evidenza importanti analogie e di dedurne notevoli conclusioni. Come cioè, gli agenti infettivi e tossici più svariati, direttamente o indirettamente, possono localizzare sui prolungamenti cilindrassili la loro azione sfavorevole — provocando la polinevrite — che

---

chose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (Presse médicale 1898 N.° 98).

Marinesco — Les polynévrites en rapport avec la théorie des neurones (Compt. rend. de la Soc. de Biol., 1895, m. 34 — considerata come reazione a distanza).

Marinesco — Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésions de réaction à distance dans la moëlle épinière (C. rend. de la Soc. de Biol., 1896 n. 17).

Anche prima dell'avvenimento del metodo di Nissl, alcuni autori avevano riscontrato alterazioni delle cellule spinali. (Popoff, von Thiesch, Danillo, Rosembach, Oppenheim, nella nevrite saturnina; e Korsakow, Schaeffer, Erlitzki ecc. nella nevrite alcoolica: Jolly nella nevrite tossica).

a sua volta determina delle alterazioni nelle cellule delle corna anteriori spinali, cui quei cilindrassi appartengono; come le stesse cause morbigene, presentando per le fibre bianche la stessa affinità speciale che presentano per il cilindrasse (è la opinione cui inclina il Ballet) (1), determinano nelle cellule nervose cerebrali delle lesioni secondarie (reazione a distanza), ben distinte dai processi patologici cellulari primari, e quindi lo sviluppo dei disturbi psichici (2), così non può essere escluso che le lesioni primarie possano — in alcuni casi — appartenere agli elementi cellulari, determinando una psicosi (3), insieme ad una poliomielite anteriore o se si vuole ad una cellulo-nevrite del neurone motore periferico.

Sappiamo infatti come le diverse sostanze tossiche e i diversi agenti infettivi — fatte le precedenti riserve presentano alcuni una predilezione per il corpo cellulare, altri per i prolungamenti di esso. Effettivamente tale idea viene confortata da casi esistenti nella letteratura, in

---

(1) Dimostrata in alcuni casi, vedi:

Goldscheider und Moxter — Polyneuritis und Neuron-Erkrankung (Fortschr. der Med. Bd. XIII. N. 15-17, 1895).

Amabilino — Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza delle lesioni centrali nelle polinevriti (il Pisani 1899, fasc. 3).

Carrière — Des névrites périphériques dans la tuberculose pulmonaire (Arch. cliniques de Bordeaux, Année V, 9, 1896).

Ballet et Faure — Contrib. à l'anatom. path. de la psych. polyn, ecc. Presse méd. 1898 N. 98)

e con vario risultato anche da uno stesso autore, cfr:

H. Halban — Beitrag zur pathologischen Anatomie der Polyneuritis alkoholica (Arbeiten aus dem Neurol. Institut an der Wien. Universität, herausgeg. von H. Obersteiner, H. VII 1900).

(2) Ballet. — l. c.

(3) Bonhöffer — Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der Alkoholdelirien (Monatsschrift f. Psych. und Neurol. Bd. I.).

Trömner — Pathologisch. anatomische Befunde bei Delirium tremens nebst Bemerkungen zur Structur der Ganglienzellen (Archiv. f. Psych. 1899, Bd. XXXI).

cui dei disturbi psichici caratteristici si sono accomunati non solo a polinevrite, ma contemporamente alla polioencefalite superiore cronica, o anche solo a quest' ultima. Così un determinato processo morboso mentale può decorrere con una polineurite o con una poliomielite, al modo istesso come si può trovare associato a una nevrite periferica di uno o parecchi nervi cerebrali, o ad una lesione dei loro nuclei d'origine, alla polioenfalite superiore, sia acuta che cronica. — È bene perciò rifarsi un poco anche su tale argomento.

Dopo la descrizione del Wernicke della polioencefalite superiore acuta — d' origine il più spesso alcoolica, malattia a decorso rapido (8-14 giorni) e ad esito letale, in cui, contemporaneamente a cefalea , vertigini, vomiti, disturbi della coscienza (delirio o apatia) — anche qui c' è un disturbo mentale — si sviluppano fatti paralitici ai muscoli oculari , si osservarono anche delle forme a decorso prolungato , cronico , con qualche cosa di attenuato nel quadro sintomatico, nelle quali i sintomi si andavano lentamente stabilendo nel corso di mesi ed anche di anni, duravano per un periodo di tempo a volte lunghissimo (fino a 15 anni— Strümpell), pur presentando, infine, una prognosi in generale sfavorevole. Così si finì per riconoscere, accanto alla polioencefalite acuta anche la cronica.

Vero è che quest' ultima per lo più rappresenta nient'altro che una sentinella avanzata di malattie più complicate (tabe dorsale, paralisi progressiva, sclerosi combinate del midollo spinale, sclerosi multipla, paralisi bulbare progressiva, atrofia muscolare progressiva), ma altre volte sta a sè, può avere origine da pregresse infezioni,

o da alcool e anche da sifilide, e guarire senz'altro (1).

Ora precisamente questi casi cronici sono anche quelli che in parte, dopo decorso un delirio protratto, offrono il quadro tipico della psicosi polinevritica. Ove si presenta la combinazione della polioencefalite con la psicosi polinevritica è per lo più nelle forme di origine alcoolica. Infatti, Gudden (2), Bödecker (3), Kalischer (4) hanno dimostrato che negli alcoolisti non sono rari i processi emorragico-encefalitici nella sostanza grigia che circonda l'acquedotto di Silvio e nei nuclei dei nervi dell'occhio, che costituiscono la base anatomo-patologica della malattia di Wernicke. Del resto, il Korsakow istesso notò una compartecipazione del cervello in alcuni dei suoi casi (nistagmo, differenze pupillari, oftalmoplegia, disturbi del linguaggio, della deglutizione ecc.), come pure Colella in un caso (tremore, ptosi, nistagmo, diplopia), e in seguito molti altri autori: (Brie, Redlich, Jolly, Soukhanoff, Mönkenmöller).

Dall' esame della letteratura, il Raimann (5) su cin-

---

(1) Cfr. i casi di: Wiener (Ueber einen genesenen Fall von Polioencephalitis hæmorragica superior, in Prager med. Wochenschr. 1895), N. 40).

Tomasini (Polioencefalite superiore acuta con esito in guarigione, in Clin. med. ital, 1898).

Salomonsohn (Ueber Polioencephalitis acuta superior, in Deutsch med: Wochenschr, 1891, N.º 27).

e in parte: Murawieff Zwei Fälle von Polioencephalitis acuta hæmorragica sup. in Neurol. Centralblatt 1897, N. 2 e 3.

(2) Gudden — Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis nebst Bemerkungen über die Regenerationsvorgänge im peripheren Nervensystem (Arch. f. Psych. Bd. XXVIII H, 3, 1896).

(3) Bödecker — Zur Kenntniss der acuten alkoholischen Ophthalmoplegien (Arch. f. Psych. 1895, Bd. XXVII).

(4) Kalischer — Mittheilung eines Falles von Ophthalmoplegia und Extremitätenlähmung mit Sectionsbefund (Neurol. Centralbl. p. 876),

(5) T. Raimann — Zur Lehre von den alkoholischen Augenmuskellähmungen (Jahrbücher f. Psych. u. Neurol, 1901, XX).

quanta casi di psicosi di Korsakow d' origine alcoolica, trovò in quindici dei disturbi dei muscoli oculari (differenza pupillare, Argyll-Robertson ecc.), il che dà la percentuale ragguardevole del 30 0[0.

Ecco dunque un triplice gruppo di fatti: disturbi psichici, oftalmoplegia, polinevrite, i quali si mostrano variamente combinati fra loro.

Nulla di meraviglia ora se in presenza di casi in cui, esistendo la psicosi e l' oftalmoplegia, manca la polinevrite, gli autori hanno fatto diagnosi di psicosi polinevritica. Così Gudden (1), Raimann (2).

E da ultimo dobbiamo accennare come non sono mancati degli autori i quali, di fronte alla molta somiglianza che la psicosi polinevritica presenta con l' amenza confusionale, l' hanno aggregato al quadro clinico di questa, facendone semplicemente una varietà. E veramente moltissimi sono i punti di contatto, sia riguardo alla sintomatologia, come alla etiologia e alla fisiologia patologica. Séglas (3) professa in effetti la opinione che il disturbo mnemonico sia da mettere in rapporto allo stato di confusione mentale, e costituisca senz' altro un segno dell' esaurimento e dello indebolimento del sistema nervoso, nel periodo di convalescenza della confusione mentale. Per quanto Soukhanoff (4) obietta che

(1) Gudden — Klinische u. anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis ecc. (Arch. f. Psych. Bd. XXVIII H, 3 1896).

(2) E. Raimann — Polioencephalitis superior acuta und Delirium alcoholicum als Einleitung einer Korsakoff'schen Psychose ohne Polyneuritis (Wiener Klin. Wochenschr. 1900 N. 2).

(3) Séglas — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 1895.

(4) Soukhanoff — Sur les formes diverses de la psychose polynévritique (Revue de médecine 1897 N. 5).

nell'amentia di Meynert manca tale stadio di stabile amnesia, osservazione che non ha in fondo tutto il valore che dimostra di avere a prima vista.

E Kräpelin, nel suo trattato, non volendo inglobare la psicosi polinevritica nel quadro della confusione mentale, l'ha collocato tra le descrizioni dei vari stati di pazzia infettiva, il che francamente non costituisce poi una gran differenza.

Queste sommariamente le varie vicende che, nel corso di pochi anni, ha subito il concetto della malattia primamente descritta dal Korsakow.

Riferisco, con discussione piuttosto ampia, la storia di due malati, che il caso mi ha condotto ad osservare a breve distanza l'uno dall'altro, e che hanno presentato la combinazione di disturbi mentali e di fatti paralitici periferici, per esporre quindi le deduzioni che credo poterne trarre, e cimentarle con i vari criteri secondo i quali i diversi autori hanno compreso e giudicato tal forma morbosa, per la quale alcuni hanno reclamato un posto a parte, altri ne hanno variamente allargato i termini, rompendone l'unità primitiva, e cui altri ancora hanno negato qualunque autonomia.

II.

Caso I.

D. V. A., di anni 41, ammogliato, con figli, contadino, analfabeta.

Anamnesi familiare negativa. Individuo stato sempre sano, di intelligenza limitata, ma non inadeguata alla sua condizione. Sempre assiduo lavoratore; molto affettuoso con la famiglia. Alcoolista: beveva due e più litri di vino al giorno, e talvolta liquori, senza però mai raggiungere (asserisce) lo stato di ubbriachezza. Esposto frequentemente all'umido per ragion di mestiere. Sin da giovinetto, nei periodi di molta fatica (lo confermano la madre e la moglie) ha notato la stanchezza farsi sentire prima e più intensamente agli arti inferiori. Malato dai principii dell'aprile 1901. Insonnia, irrequietezza, incapacità al lavoro. Rapido aggravamento: temeva lo rubassero, e nascondeva qua e là gli oggetti che gli capitavano fra mano. Dubitava specialmente dei fratelli. Allucinazioni visive e uditive (forse nel senso del delirio di persecuzione?), che si mostravano ad intervalli, e solo nel primo periodo di osservazione. Aveva perduto la nozione del tempo, del luogo, delle persone. Agitato, ora pregava, ora bestemmiava. Qualche volta ansioso, per paura che volessero ucciderlo. Discorsi sconclusionati, mancanti di qualunque ordine logico. Disposizione dell'animo piuttosto variabile, ora depresso, pauroso (per lo più), ora agitato, allegro. Non ha mai rifiutato il cibo. La nutrizione alquanto decaduta. Due tentativi di suicidio, in seguito a cui viene ricoverato in manicomio il 22 giugno.

Dai dati antropologici: Cranio subbrachicefalo, piccolo, leggermente asimmetrico ed acrocefalo, fronte bassa e stretta, lieve stenocrotafia, leggera asimmetria faciale.

Nutrizione un po' scaduta; colorito della pelle e delle mucose visibili pallido. Organi interni normali ; polso piccolo e depressibile. Apiressia. Disturbata notevolmente la deambulazioue, le gambe si flettono nel camminare , e le va trascinando, sì da dover essere sorretto da due infermieri per passare in sezione. Anche in sala si trascina a fatica da un posto all'altro. Riflessi rotulei notevolmente esagerati.

Le condizioni psichiche dello infermo non permettono un esame esteso ed attento della vita di relazione.

Agitato nei primi giorni , sì da doverlo fissare a letto , andò poi calmandosi. Ha una nozione molto sommaria del suo stato attuale. Non sa ove sia, nè chi ve la abbia condotto, e perchè. Gli si dice essere in manicomio, subito dopo lo dimentica, e così di tutte le cose che gli si dicono. Non sa dire che cosa ha fatto poco prima , se ha mangiato e che cosa, se e quando ha visto il medico. Afferma a volte di aver dormito bene, quando ha passato invece una notte insonne; di aver visto dei parenti , mentre nessuno è venuto a visitarlo, ecc. Accusa altre volte che i fratelli vogliono rubarlo. Ora crede veder la moglie , ora gente che minaccia ucciderlo. Un po' si raccomanda ai santi, un po' bestemmia. Dà però dati esatti di anamnesi remota : nega aver avutò prima dell'attuale altre malattie importanti, e solo parla di una affezione del cuoio capelluto, sofferta molti anni addietro, e di cui conserva le tracce. Ricorda con una certa esattezza gli avvenimenti più salienti della sua vita passata, ed ha anche un ricordo molto sommario del primo inizio della malattia attuale: dimandato perché abbia tentato suicidarsi, mostra sovvenirsi un po', e risponde vagamente che « voleva fare un poco il pazzo ». Ha periodi di oscillazione, a quando calma relativa, a quando eccitamento , ma sempre estremamente disorientato circa al tempo e al luogo. Dura così fino agli ultimi di agosto. — Ora comincia a dare qualche risposta più precisa , si lamenta che è malato, che la testa non gli regge, che ha le gambe deboli ; domanda della famiglia , di cui dice finora essersi completamente dimenticato; vuol essere guarito per-

chè ha figli (pensando ad essi, piange). Riconosce il medico, gl'infermieri, gli altri malati, vuol esser sempre esaminato, ma poi presta poco attenzione, divaga nelle risposte, si contraddice, non sa ripetere quel che poco prima ha detto. Il miglioramento si va accentuando ogni giorno, e verso la metà di settembre è assolutamente lucido , tranquillo, mangia e dorme bene, comincia ad applicarsi in piccoli lavori, aiutando gl' infermieri. Ha dimenticato la maggior parte dei fatti occorsigli durante il periodo morboso, e si meraviglia al loro racconto. Ne ricorda invece qualcuno, come, ad es., una visita della moglie , la venuta in manicomio di un compaesano.

Un esame fisico meno sommario, praticato verso la fine di agosto, diede:

Motilità disturbata quanto al cammino , che riesce difficile; il paziente trascina le gambe e preferisce sempre stare sdraiato o seduto. Spesso rimane a letto. Diverse volte, volendo levarsi per andare a qualche posto, cade a terra, dopo alcuni passi. Invitato a camminare, si presta malvolentieri; striscia i piedi sul pavimento. Stazione eretta su due piedi difficilissima, ma senza modificazioni facendo chiudere gli occhi al paziente. Non si notano agli arti inferiori disturbi trofici o vasomotori apprezzabili, tranne una leggera diminuzione di temperatura. Nel resto, motilità della faccia, degli occhi, della lingua e degli arti superiori, normale. Non esistono tremori nè agli arti, nè alla lingua. Al dinamometro: MD = 28, MS = 22, a due mani = 41. Nessun disturbo della parola. Per un caso non fu potuta esaminare la reazione elettrica neuro-muscolare.

Sensibilità tattile , termica , dolorifica normale in tutto il corpo, tranne agli arti inferiori, ove il paziente non avverte i toccamenti, non distingue il caldo dal freddo, non avverte le punture, anche forti, che denunzia solo come toccamenti risalendo verso la radice degli arti. Non si accertano dolori spontanei. Pare nemmeno alla pressione. — Un esame fino delle varie modalità della sensibilità non è possibile, perchè l'ammalato presta poco attenzione. Sensi spe-

cifici buoni. Riflessi iride normali, sia alla luce che all'accomodazione. Riflessi rotulei esagerati notevolmente.

Dopo aver richiamato l'attenzione del paziente, a varie riprese, su l'esistenza di possibili disturbi dell'urinazione, dice infine un giorno, negli ultimi di agosto, di avvertire una leggera difficoltà ad urinare, ne parla pure un altro giorno, ma in seguito afferma di non notare più nulla. Riferisce che tale disturbo è comparso in seguito a un calcio avuto al dorso, da un altro malato, per cui rotolò a terra. Lamenta anche dolorabilità alla regione lombo-sacrale. Nel resto, gli sfinteri funzionano normalmente, e normali sono le funzioni genitali.

Col migliorare delle condizioni generali e dello stato psichico, anche questi disturbi somatici vanno attenuandosi, fino a scomparire totalmente, e dalla metà Settembre il malato attende a lavori manuali che esigono un certo sforzo anche degli arti inferiori, la cui azione muscolare è molto valida. Del pari si è ripristinata la sensibilità, si direbbe molto fina la dolorifica.

Al contrario, i riflessi rotulei sono considerevolmente esagerati, anche più di quanto erano durante la malattia: un leggero colpo sul tendine fa balzar la gamba. Accenno a clono del piede.

L'unico fattore etiologico rilevabile nel caso in esame è l'alcoolismo. Esso deve aver costituito il substrato anatomo-patologico all'insorgere della malattia. Sfuggono, anche alla più minuziosa ricerca, persino le cause occasionali, shok o surménage psichico o fisico. Forse ci sarà intervenuto qualche fattore autotossico, da parte del tubo gastro-enterico, ma non si può assodare. Si deve perciò dire che l'azione lenta e continua dell'alcool abbia finito con l'intossicare e con l'esaurire le forze di resistenza di questo sistema nervoso, dimostratosi del resto valido per lungo tempo.

E bene notare intanto che la forma clinica del pro-

cesso morboso psichico non ha presentato nessuno di quei caratteri speciali, in forza dei quali la esperienza clinica permette una diagnosi etiologica. Non risponde infatti nè al quadro sintomatico della *ebbrezza alcoolica*, nè a quello del *delirium tremens*, nè alla *Wahnsinn allucinatoria dei beoni* (Kräpelin). I disturbi della percezione non hanno avuto la vivacità e il peculiare carattere delle forme alcooliche. Non preesisteva, all'accesso psicopatico, nessuna di quelle degenerazioni dei sentimenti più evoluti, nè degli istinti, o del carattere, o della memoria, ecc., che sono le stigmate della pazzia alcoolica cronica. Nè meno preesistevano le stigmate fisiche dell'alcoolismo: senilità precoce, parestesie, iperestesie o altri disturbi della sfera sensitiva e sensoriale, o tremori, crampi, spasmi clonici, e tutto il corteo solito a incontrarsi in simili casi. Ricordo appena le altre forme che rientrano nel quadro dell'alcoolismo: *paralisi* o *pseudoparalisi*, mancando nel soggetto qualunque fatto che possa ascriversi ad una combinazione della paralisi progressiva con l'alcoolismo, o quei leggeri disturbi motori (tremori, disartria, atassia, accessi epilettiformi) uniti a spiccato delirio di grandezza, ecc., che si osservano nelle pseudoparalisi alcooliche.

L'accesso psicopatico constatato nel paziente ha invece presentato moltissimi punti di contatto con la *confusione mentale allucinatoria*. Qui infatti breve periodo prodromico, cui seguono illusioni e allucinazioni vaghe, poco stabili, qui profondo disturbo dell'attenzione, della coscienza, della memoria. Quest'ultima solamente ha presentato alcun che di particolare nelle istantanee amnesie, contrastanti con un ricordo non molto dettagliato sì, ma giusto, dei più lontani avvenimenti.

I fenomeni somatici aggiuntisi, si devono interpretare

nel senso di una nevrite multipla? Diagnosi non sempre facile, e di cui il caso in esame è un esempio. La prima domanda che sorge in tale discussione è « polinevrite o poliomielite? » La contemporanea presenza della paralisi motrice e dell'abolita sensibilità agli arti inferiori, in cui essa si mostra completa alle estremità e va un po' diminuendo man mano che si risale verso la radice degli arti; la mancanza di movimenti fibrillari nella muscolatura colpita, la stessa esagerazione dei riflessi rotulei depongono favorevolmente per la nevrite multipla. E similmente l'inizio afebbrile, il decorso un pochino lento della paralisi motrice. Che non tutte le nevriti si accompagnino infatti ad abolizione, risp. a diminuzione dei riflessi tendinei, ma che in alcuni casi (Strümpell, Möbius, Dejerine) (1) si abbia al contrario una esagerazione di essi, è un fatto, che pur non essendo frequente, è certamente acquisito alla scienza. E se è vero il meccanismo che si è invocato per ispiegare questa apparente contraddizione, che, si può, cioè, in casi determinati, avere una irritazione dell'estremità delle fibre centripete, da cui esaltamento delle loro proprietà di conduzione o eccitamento delle cellule con le quali vengono in rapporto, esso può essere benissimo, ci sembra, intervenuto nel nostro caso. E forse si potrebbe anche contemporaneamente ammettere uno stato irritativo delle cellule delle corna ante-

---

(1) Cfr. anche: J. W. Morton — A case of multiple neuritis with atrophy, fibrillary, trichings, cramps, and exaggerated reflexes — The journ. of nerv. and mental disease, November 1900.

Finny — Dublin Journal of med. science, 1891, N. 1.,

ed anche uno pei casi di Colella.

riori spinali, determinato dalla contemporanea azione nociva dell'alcool sulle cellule del protoneurone motore, le cui terminazioni cilindrassili contraggono rapporti con le cellule motrici delle corna anteriori spinali. Comunque, non meno significativo ci sembra il fatto osservato che, scomparsi finalmente tutti gli altri fenomeni somatici e psichici, lo stato dei riflessi rotulei si esagera ancora più, e compare anche un accenno al clono del piede. D'altra parte, non mi è noto alcun caso di affezione del midollo spinale limitata, come richiederebbe il caso, al segmento *lombare*, in cui i riflessi rotulei si siano mostrati esagerati. Per la stessa ragione cadrebbe l' ipotesi di una poliomielite.

Sono mancati, è vero, disturbi trofici negli arti colpiti, e i disturbi vasomotori sono stati poco evidenti; ma ciò può stare benissimo in rapporto al fatto che le alterazioni delle vie di conduzione dell'impulso dei centri trofici non furono gravi; e del resto, a condizioni eguali, è stata notata nella polinevrite una atrofia meno rapida di quella dovuta alla poliomielite, essendo in quest' ultimo caso attaccato direttamente il centro trofico (Decroly, Lentz). Finalmente, non depone nè meno contrariamente alla polinevrite la fugace difficoltà ad urinare di cui il paziente, dietro insistenti domande, si lamentò per qualche giorno, poichè, oltre al fatto, che in qualche caso di polinevrite (1), del resto veramente classica, sono stati osservati disturbi da parte degli sfinteri, c' è che nel nostro caso questa certa dif-

(1) Crocq — Polynévrite, incontinence d'urine et des matières fécales, tachycardie, hoquet, guérison (Journ. de Neurol., 1900. N. 7).

ficoltà apparve dietro un trauma riportato alla regione dorso-lombare. E che i due fatti stiano in rapporto di causa ad effetto è forse anche convalidato dalla osservazione che il disturbo vescicale fece la sua breve e pallida apparizione in un' epoca in cui l' acme della malattia era già sfiorito e i disturbi somatici e psichici volgevano al miglioramento. Niente dunque mielite, l' esame del caso fa propendere piuttosto in favore di una affezione periferica.

Sembra però che sia da pigliare in considerazione anche l' ipotesi di semplici disturbi circolatorii midollari, determinati dall'alcool. Ma essi sono quasi sempre generalizzati, per le numerose anastomosi del sistema circolatorio, e quindi la localizzazione esclusiva agli arti inferiori si concepisce difficilmente; essi dànno abitualmente dolori alla pressione sulle apofisi spinose, che si esasperano coi movimenti e col cammino, cosa che non si è osservata; essi non potrebbero determinare quel digradare dalla periferia al centro nell' intensità dei disturbi sensitivi che è stata rilevata; con essi non si comprende il perchè dello squilibrio tra i fatti sensitivi (più gravi) e i motori (meno gravi): finalmente il trauma riportato dal paziente alla regione lombare avrebbe dovuto avere delle conseguenze, se pure transitorie, certo più gravi di quello che in effetti ebbe.

La diagnosi più sicura rimane sempre quella di una nevrite multipla, malgrado che non potè essere avvalorata dallo esame della reazione elettrica neuro-muscolare, la quale, più che altro, avrebbe potuto aver valore per la maniera di distribuzione. La reazione degenerativa totale o parziale si riscontra infatti nelle nevriti tossiche, infettive, discrasiche, in rapporto con la gravità delle alterazioni (ed anche con molte eccezioni, sì che bisogna tener calcolo non solo del gra-

od di essa, ma ancora della natura del processo morboso; specialmente nelle paralisi alcooliche, arsenicali ecc. la detta reazione degenerativa potendo anche completamente mancare nelle forme piuttosto leggere), al modo istesso come la si riscontra nelle affezioni del midollo spinale, quando sono interessate dal processo morboso le cellule delle corna anteriori. Dal momento insomma che tale reazione si ritrova sempre che sia leso in un punto qualunque il neurone motore periferico, la sua constatazione, parziale o totale, non sarebbe (tranne per la maniera di distribuzione) valsa per un buon criterio differenziale diagnostico, e solo avrebbe potuto rischiarare il lato prognostico della questione.

Resta così sufficientemente dimostrato essersi svolta, nel paziente, una malattia mentale, insieme ad una nevrite multipla degli arti inferiori. La forma psicopatica che si è visto potersi ricondurre nel quadro della *confusione mentale* presenta d'altra parte molta rassomiglianza con il quadro morboso originariamente assegnato dal Korsakow alla psicosi polinevritica. In essa infatti amnesia per gli avvenimenti recenti, che vengono dimenticati da un momento all'altro, mentre si mostrano conservati almeno i principali avvenimenti della vita passata del paziente. Vi si è sovrapposto poi uno stato confusionale, con vago e instabile delirio di persecuzione. Lo *status retrospectivus* permette pure di constatare che le impressioni ricevute dal cervello durante tutto il periodo morboso non hanno lasciato che in minima parte le loro tracce, rievocabili solo per quelle più importanti (visita della moglie ecc.). Contemporaneamente alla memoria di evocazione, fu anche qui lesa notevolmente quella di fissa-

zione. Questo stato di cose si adatta bene con quegli stati confusionali in cui, per esser la coscienza turbata notevolmente, non si conserva dai pazienti nessuna memoria, o solo qualche traccia, di tutti i fatti intervenuti durante il periodo morboso. Il substrato anatomo-patologico della psicosi deve sempre essere basato sui disturbi nutritivi e le lesioni vasali proprie di tutte le forme tossiche, ora più, o meno accentuate, ora facilmente riparabili, ora determinanti seri guasti, fino a raggiungere l' inguaribilità, ma che hanno sempre la stessa aria di famiglia (Morselli). Il caso in esame ammonisce ancora quanto importante e da tener sempre presente nella diagnosi e nella prognosi di simili neuropsicopatie, sia l' osservazione di fatto messa in rilievo da D' Abundo (1), che cioè « l'elemento tossico fa spesso assumere ad esse un colorito eminentemente fosco dal punto di vista diagnostico e prognostico, laddove le più grandi sorprese son riserbate, e delle guarigioni alle volte rapide e stupefacienti si verificano, là dove s' imponeva un giudizio notevolmente riserbato. » Concludendo, questo caso presenta una sintomatologia psichica che, se ricorda in alcuni punti la psicosi di Korsakow (come fu da questi descritta), in altri si riavvicina alla amenza confusionale. E adottando criteri meno restrittivi, come alcuni autori vogliono fare, si può anche dire che esso rappresenti una forma intermedia tra la seconda e la terza categoria della classificazione che si è visto essere adottata dal Ballet.

---

(1) D'Abundo — Le intossicazioni e le infezioni nella patogenesi delle malattie mentali (Relaz. al X Congr. freniatrico, Napoli 1899).

II Caso.

D. G., di anni 35, ammogliato, senza prole, contadino, analfabeta. Pare che nulla ci sia da rilevare ereditariamente.

Sempre sano fino all'età di 27 anni, si contagiò a quest'epoca di sifilide, che trasmise anche alla moglie, e che lasciò assolutamente non curata. Secondo egli dice, il sifiloma scomparve dopo circa 10 giorni, e non fu seguito da manitesfazioni generali (?) (1). Due anni or sono contrasse una grave infezione malarica, di cui potè dirsi guarito solo nel Gennaio 1901. Ultimamente scontò, senza colpa, un mese di carcere.

È un buon alcoolista, beve d'ordinario un litro e più di vino (a forte contenuto di alcool), e qualche volta si è anche ubbriacato.

La malattia attuale data dai principii dell'aprile 1901.

Sonnolenza, stato di confusione alla testa, incapacità a pensare, senso di rilasciamento in tutte le membra. Presto sopraggiunse uno stato quasi comatoso, di cui egli ha un ricordo molto sommario, durato circa dieci giorni, in capo ai quali, svegliandosi come da un lungo e profondo sonno, si trovò psichicamente molto agitato e con impossibilità di ruotare all'interno l'occhio destro. Questo stato persistette per più di un mese, fino al giugno, epoca in cui i fatti psichici aumentarono d'intensità. Il malato era insonne, disorientato, agitato, delirante, di un delirio vago e sconnesso, e pare con qualche idea molto mobile, fluttuante, di persecuzione. Commetteva azioni disordinate, voleva uscir di casa completamente nudo; una volta si precipitò giù per le scale, un'altra per poco non riuscì a gettarsi da una finestra. In seguito a questi fatti fu ricoverato in manicomio, il 12 giugno 1901. Dati antropologici: cranio leggermente asimmetrico, fronte sfuggente. Orecchi impiantati a dislivello, lobuli piccoli, sessili. Leggera asimmetria facciale.

(1) Dati avuti dal paziente molto tardivamente, quando dopo le informazioni raccolte dalla moglie, si stabilì lo *status retrospectivus*.

Nell' Asilo si dimostra tranquillo, ma alquanto confuso, disorientato, non sa bene ove si trovi, non si rende conto esatto della sua situazione, è irrequieto, nella notte a volte angosciato. Altre volte un po' lucido, si lamenta di debolezza generale, di indeterminatezza della vista. In generale tutti i poteri mentali sono affievoliti: tarda la percezione, indebolita la memoria, sì che facilmente dimentica le cose da un momento all' altro, non sa dire cosa abbia fatto il giorno prima, nella mattinata, mezz' ora prima, che cosa abbia mangiato ecc. come pure non è in grado di dare che qualche notizia sul passato della sua vita, e solo di quei fatti più notevoli che dovettero essere le pietre miliari del cammino vitale: qualche vivace ricordo di giovinezza, le nozze, la condanna subita, ecc., mentre nulla dice, ad es., della sifilide sofferta, di cui risulta però che, da uomo ignorante, non si preoccupò più che tanto nè ebbe premura di curarsi; lenta l' ideazione, coscienza obnubilata, disorientamento. Richiamandogli ciò che aveva fatto a casa nei primi tempi della malattia, mostra non ricordarsene affatto, solo, dopo molte insistenze, dice che a casa aveva lacerato degli indumenti perchè « gliene era saltata l' idea ».

Accanto a questi disturbi della sfera psichica si possono constatare dei disturbi somatici degni d' interesse. Vertigini, frequenti nei primi giorni, più intense quando il paziente cerca di alzarsi e camminare, che spesso lo fanno cadere (4-5 volte al giorno), sì da prodursi male qualche volta. Andatura incerta, poco coordinata. Leggera titubazione nella stazione su due piedi ad occhi chiusi. Ruotazione all' infuori dell'occhio destro. I movimenti di questo sono tutti possibili, tranne la ruotazione interna (nasale). Quelli dell'occhio sinistro normali. Invitando il malato a rivolgere lo sguardo alla sua sinistra, si nota che mentre l' occhio destro si ferma alla posizione mediana, il sinistro è fortemente ruotato in fuori. Questo fenomeno persiste anche coprendo l' occhio sinistro. C'è dunque deviazione secondaria e provocata dell' occhio sano. Le pupille reagiscono bene sia

alla luce che all'accomodazione. Non fu praticato l'esame oftalmoscopico. Campo visivo normale. Non ha mai accusato, nè si è potuto constatare diplopia.

Non ha, nè ha mai avuto vomiti, solo accenna di sentirsi come ubbriaco. Non ha cefalea. Non esistono parestesie di sorta.

Rifflessi rotulei esagerati. Leggero tremore alle mani. Nel resto motilità, sensibilità e sensi specifici assolutamente normali.

Milza un po' ingrossata (malaria). Gli altri organi interni normali. Fisico piuttosto decaduto.

Già dopo alcuni giorni di degenza in manicomio, lo stato del paziente cominciò sensibilmente a migliorare, sia dal punto di vista fisico che da quello psichico. Ed era già scomparso lo stato confusionale, il malato attendeva e rispondeva abbastanza adeguatamente, si era orientato, erano cessate le vertigini, il cammino era più franco, non si poteva più constatare il segno di Romberg, quando avute dalla moglie notizie sicure sull'esistenza in lui della sifilide, si cominciò, nei primi dell'agosto, una energica cura specifica. Il miglioramento seguitò a progredire. Dopo circa quindici giorni lo stato psichico ridivenne assolutamente normale, la percezione, l'attenzione, la memoria —dello stato di agitazione pregresso restò un ricordo sommario, con maggior precisione dei fatti salienti (nello stato retrospettivo si risovviene del suo ricovero in manicomio, delle cadute che spesso faceva), — l'ideazione, la coscienza, i sentimenti si reintegrarono. Dal lato somatico non rimase che la paresi del muscolo retto interno dell'occhio destro, un lieve nistagmo orizzontale e una certa vivacità dei riflessi rotulei.

Dal mese di agosto questo stato è stazionario. Anzi anche l'occhio sinistro comincia a presentare una certa tendenza a ruotare all'infuori.

La genesi del complesso sintomatico esposto si deve a tutto un insieme di cause. Notisi la preesistenza dell'infezione sifilitica, mite nella sua comparsa — e sono

queste appunto le forme che in proporzione dànno il maggior contingente di manifestazioni cerebrali (Fournier), forse perchè passano più facilmente inosservate e sono trascurate. Non meno importante è l'alcoolismo del soggetto, ricercatore di vini forti, che libava copiosamente e diuturnamente. A tutto questo si aggiunga negli ultimi tempi la grave infezione malarica. Un patema d'animo sopraggiunto, i disagi del carcere, il difetto della nutrizione, aggravatisi sur un organismo già defedato, determinarono lo scoppio della malattia.

I sintomi della forma psicopatica manifestatasi (inizio subito, percezione falsata [illusioni e allucinazioni mutabili e legate al delirio scucito di persecuzione], memoria indebolita, con qualche ricordo galleggiante, eccitamento motorio) il suo decorso (non più di due mesi), la rapida e completa guarigione dànno ad essa tutta l'aria della *confusione mentale transitoria acuta.*

Dalla mania si distingue per ciò, che in questa il malato, anche eccitato, percepisce bene e mostra comprender l'ambiente, mentre nel caso in parola il paziente, già calmo, era ancora disorientato e psichicamente incapace (Kräepelin).

Le psicosi da malaria che sono state osservate, come forma di intermittente larvata (1), in cui i tipici accessi febbrili sono sostituiti da deliri, a volta anche senza febbre, non hanno niente a che fare col caso in esame. È vero che anche dopo mesi ed anni sulla base di una cachessia malarica si possono avere malattie mentali, ma esse allora sono solamente espressione dell'anemia, della melanemia - embolia pigmentaria della corteccia cerebrale (Griesinger).

---

(1) Krafft-Ebing. — Psychiatrische Arbeiten 1, 161.

La confusione mentale di origine alcoolica presenta disturbi sensoriali molto vivaci, deliri con panofobia, con visioni di spettri, di demoni, con raptus violenti, con viva ansia precordiale. Dal lato somatico sono state descritte anche paralisi isolate o totali dell' oculomotore, nell'alcoolismo, ma i fatti predominanti sono profondi disturbi della sensibilità, tremori, contratture, cefalea, stato congestivo del capo. Tutto un complesso morboso che si allontana dal caso in esame, sì che devesi dire che l' alcoolismo, nel soggetto, pur costituendo una concausa, non è arrivato fino ad imprimere alla malattia la fisionomia particolare caratteristica delle psicosi alcooliche.

Finalmente anche la sifilide può dare sviluppo a delle psicosi coi sintomi dell' esaurimento cerebrale, sintomi molto vari peraltro a seconda le svariatissime alterazioni generali o parziali, diffuse o localizzate da cui dipendono, ma che, in sè stessi considerati, non hanno nulla di patognomonico. Solo la comparsa simultanea di disturbi motori — che sono in verità molto frequenti — rischiara la situazione e dà un utile criterio di diagnosi etiologica. In qualche caso di affezione sifilitica con localizzazione al cervello, è stato osservato anche il quadro tipico della malattia di Korsakow (Jolly). Ora nel caso in esame, lo stato confusionale è bene spiegato dalle condizioni di cattiva nutrizione ed alterato ricambio materiale delle cellule corticali, condizioni determinate principalmente dalla polintossicazione esistente, e poi ancora dallo shok prodottosi in seguito al trauma psichico.

L'accumulo e la prolungata azione delle varie tossine, la diuturna azione deleteria dell'alcool, produssero le alterazioni corticali che formarono la base anatomo-patologica dei disturbi osservati e diedero facile addentel-

lato al trauma psichico. Assegnare rigorosamente a ciascuna di queste sostanze tossiche il proprio coefficiente morbigeno non è possibile, giacchè per quanto sembra probabile (Kräepelin) che ad ognuna di esse debba corrispondere un determinato modo di azione e di manifestazione, pure nello stato attuale delle nostre conoscenze non possiamo distinguere chiaramente le forme sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico.

Per quanto il primo inizio della malattia (sonnolenza, vertigini, andatura incerta) abbia potuto anche far pensare a processi neoformativi endocranici, pure una importante serie di fenomeni sono assolutamente mancati per giustificare tale diagnosi. Si possono scartare quindi subito i processi luetici localizzati, come le gomme, sia delle parti ossee, sia delle meningi, alla base come alla convessità, sia della sostanza cerebrale. L'interesse parziale del III paio non può riconoscere, come vedremo, una origine periferica, e non ha quindi valore per la diagnosi di gomma cerebrale. Inutile ricordare poi l'assenza di vomito, di disturbi visivi evidenti, la mancanza di partecipazione di altri nervi cerebrali, l'assenza di emiplegia, fenomeni epilettoidi, fatti bulbari ecc.

Anche dei processi trombotici od embolici da sifilide o da alcoolismo è inutile parlare.

Restano i processi diffusi, come disturbi della circolazione cerebrale.

La clinica e l'anatomia patologica insegnano come la circolazione cerebrale sia sempre gravemente colpita dall'endoarterite specifica, non meno di quanto lo sia dall'intossicazione alcoolica, per cui facili sono i fenomeni congestivi, sul principio passeggeri, e che finiscono con uno stato congestivo abituale, quasi permanente. Questi squilibri circolatori non possono non portar seco

anche notevoli disturbi nutritivi, di cui molto gravemente si danneggiano le cellule nervose. Così le diverse tossine, i diversi agenti velenosi del protoplasma cellulare, gli stessi prodotti nocivi del ricambio materiale delle cellule, non prontamente e completamente allontanati, hanno campo di far sentire sempre più gravemente il peso della loro sfavorevole azione.

In tali condizioni un grave trauma psichico, uno stato di inanizione anche transitorio, hanno subito un' eco nella perturbazione funzionale degli elementi corticali; la psicosi insorge, appunto coi caratteri clinici delle psicosi d' origine infettivo-tossica e di esaurimento.

Ma non sono stati solo gli elementi cellulari corticali a risentirne il danno, anche altre cellule nervose ne hanno, e più gravemente, sofferto.

Tra i fatti somatici più importanti sta la paralisi oculare, per quanto riguarda l' abolizione dei movimenti all' indentro dell' occhio destro, ossia del muscolo retto interno. Essa fu contemporanea allo sviluppo dei disturbi psichici, si stabilì subitaneamente, e benchè abbia subìto un miglioramento, pure si è sempre mantenuta e si mantiene allo stato di paresi.

Gli altri fenomeni somatici, sonnolenza, vertigini, andatura incerta, che furono tutti di breve durata, trovano facilmente una spiegazione nello stato di grave esquilibrio circolatorio e nell' alterata funzionalità cerebrale. La sonnolenza e la vertigine sono dei sintomi molto frequenti nel corso della sifilide cerebrale e dell' intossicazione alcoolica. Sarebbe improprio attribuire le vertigini ai disturbi oculari, perchè quelle scomparvero presto, pur persistendo questa, così che non esisterebbe rapporto da causa ad effetto.

La paralisi isolata del m. retto interno dell' occhio destro, implica anatomicamente una lesione parziale del

3.° paio. Che essa sia di origine periferica, prodotta ad es. da una gomma o tumore in genere, interessante il tronco del nervo, o da una chiazza di meningite basale circoscritta, si può escludere a priori, poichè in tal caso la oftalmoplegia avrebbe dovuto essere totale, e non sarebbero mancati altri fenomeni dovuti ai rapporti di vicinanza del nervo. Anche la nevrite periferica ha poca probabilità, poichè essa è per lo più totale, e quando si mostra dissociata, è rimasta tale come residuo di una pregressa paralisi periferica totale basale (Oppenheim), caso piuttosto frequente nelle forme sifilitiche. Oltre a ciò la forma periferica poteva esser certa solo se la paralisi oculare si fosse mostrata nel corso di una polinevrite. La diagnosi di una paralisi orbitale avrebbe bisogno di molti fatti concomitanti (dolori nella cavità orbitaria, tumore palpabile nella profondità, esoftalmo, nevrite ottica, trauma pregresso ecc.), che mancano assolutamente.

Sui dati anatomici che possediamo, questa oftalmoplegia parziale non si comprende se non come una lesione nucleare. Le cellule d'origine del terzo paio sono infatti scaglionate per la lunghezza di circa 10 mm. lungo la parete laterale ed inferiore dell'acquedotto di Silvio, ed aggruppate in serie diverse, provvedendo i diversi gruppi ai vari muscoli innervati dall'oculomotore, sì da permettere dei tentativi di differenziazione e di localizzazione (Gudden, Perlia, Bernheimer, Siemering, Westphal, Bach, Schwabe, v. Gehuchten, Bechterew, Schiff e Cassirer, Marina e più recentemente van Biervliet).

Paralisi dissociate potrebbero anche esser date da lesioni sopranucleari (tubercoli quadrigemini, sostanza grigia sottoependimale), ma loro caratteristica è il riguardare i movimenti associati e coniugati degli occhi.

Anche le lesioni dei centri superiori (corteccia cerebrale, centri di associazione e fibre che collegano fra loro e coi nuclei queste parti) non producono mai paralisi di singoli muscoli dell' occhio (forse ptosi corticale?) Mancano d'altra parte importanti dati per stabilire la diagnosi precoce di tabe o di paralisi progressiva.

Dobbiamo dunque ammettere che le stesse cause, le quali determinarono dei disturbi funzionali transitori nelle cellule della corteccia cerebrale, abbiano prodotto danni più gravi in un gruppo di cellule del nucleo del III paio, pur senza poter determinare quali e quanto intense siano state le alterazioni in esse indotte, non possedendosi ancora esatte nozioni sulle alterazioni istologiche di tali polioencefaliti, e non potendosi esse sicuramente riferire a varietà cliniche distinte.

Sono stati certamente osservati in casi simili processi infiammatori, o emorragie, o rammollimenti (v. nello sguardo storico dato precedentemente). Ma d'altra parte anche in casi clinici gravi non si è trovato un substrato anatomico, e molte polioencefaliti da causa tossica sconosciuta (Patrick, Marinesco, Charcot-Marinesco, Oppenheim, Fajersztajn) hanno avuto appunto la denominazione di «pseudopolioencefaliti», come altre sono state ascritte al gruppo delle miastenie.

La determinazione di arteriti infettive favorisce la produzione di focolai di rammollimento e di emorragie. È difficile però dire quale dei due processi esista, nel caso descritto, con probabilità. Le minuscole arteriole che si staccano dall'arteria basilare, col nome di a. mediane e che si distribuiscono ai nuclei del III paio — molto probabilmente in modo da costituire pei diversi gruppi cellulari un regime anatomico indipendente, fino ad un certo punto — possono benissimo essere state ostruite, determinando focolai necrobiotici, come possono

essersi rotte per la fragilità post-infettiva delle loro pareti. Il leggero miglioramento notato potrebbe spiegarsi qui con lo stabilirsi di un circolo collaterale (Raymond).

La clinica intanto ammaestra come nella genesi di queste paralisi dissociate grande importanza ha la sifilide. Il Fournier ha potuto concludere dalle sue osservazioni come esse abbiano un grande valore diagnostico: nel 75 0[0 dei casi stanno a dimostrare l'origine luetica.

Non minor valore ha, come abbiano già precedentemente notato, la intossicazione alcoolica nelle genesi delle oftalmoplegie, con la base anatomo-patologica della polioencefalite superiore cronica, sì che devesi dire che qui le due cause si sono addizionate.

Sogliono tali paralisi ordinariamente essere bilaterali: una particolarità del caso esaminato sarebbe l'essere sorto e decorso come lesione unilaterale.

Ma forse comincia ad accennarsi ora una leggerissima paresi del retto interno e conseguente deviazione all'esterno dell'altro occhio, che l'ulteriore decorso potrà solo chiarire. Tale stato si è mantenuto stazionario fino agli ultimi di Dicembre, solo è comparsa una certa debolezza nei muscoli degli arti inferiori (1).

La prognosi, malgrado la completa guarigione dei disturbi psichici e la regressione di quelli somatici, resta sempre riservata. La sifilide imprime al cervello un carattere indelebile (Wunderlich); esso diventa meno capace di resistenza, e bisogna sempre aspettarsi delle recidive. E se nei casi d'origine luetica sono possibili delle retrocessioni, pochissimo si deve contare su di es-

(1) Queste ulteriori notizie le debbo alla cortesia del Dott. Donato Gisotti, che qui pubblicamente ringrazio.

se, quando l'alcoolismo entra anche in giuoco. Dopo un periodo più o meno lungo, in cui la malattia può mantenersi stazionaria, tende sempre a pigliare il suo cammino progrediente, se anche non apre la scena a più gravi processi morbosi.

Si può infatti notare come l'oftalmoplegia, regredita a destra, accenni già a stabilirsi a sinistra, a farsi bilaterale, e forse ad assumere ulteriormente un decorso progressivo, o complicato ad altre affezioni.

Anche in questo caso adunque un disturbo mentale si è addizionato ad una polioencefalite superiore cronica.

Devesi esso, secondo i concetti generali precedentemente esposti, considerare come un esempio di psicosi polinevritica? Nessun dubbio che casi classici di sindrome di Korsakow si sono associati a fatti cerebrali diagnosticabili come polioencefalite superiore cronica, di origine alcoolica o sifilitica (Jolly). Vero è che alcuni autori vorrebbero escludere da tale combinazione i casi con sifilide [Elzholz, ad es. dichiara dubbi i casi di Marina per la loro etiologia luetica (1)], il che non mi sembra poi giustificato, dal momento che la sintomatologia come la localizzazione anatomo-patologica è identica. Infatti Oppenheim (2) si pronuncia favorevolmente: « la degenerazione dei nuclei dei nervi motori dell'occhio si può anche sviluppare sul terreno di una infezione sifilitica. »

La discussione clinica dei sintomi presentati dal paziente in esame potrebbe, come si è visto, far conclu-

(1) Elzholz — Ueber Beziehungen der Korsakow'schen Psychose zur Polioencephalitis ecc. (Wiener Klinische Wochenschrift, 1900. N. 15.) der allerdings nicht sicher hierhergehörige Fall Marina's, weil Lues nicht sicher auszuschliessen ist ».

(2) Oppenheim — Lehrbuch.

dere per una forma di *confusione mentale transitoria acuta*: inizio subito, stato confusionale, disorientamento, qualche vaga idea delirante, rapida guarigione. Ma a ciò si è aggiunta l'amnesia: amnesia pei fatti recenti, dimenticati rapidamente, da un momento all'altro, e in modo da giudicarsi il loro ricordo completamente perduto; ed amnesia, non completa, però, anche degli avvenimenti remoti (notata in qualche caso, ed ammessa da Korsakow). Di più, a guarigione avvenuta, possibilità di evocazione degli avvenimenti più salienti del periodo morboso.

Se veramente tali disturbi mnesici debbono essere bastevoli a caratterizzare una speciale forma morbosa, e se essi debbono considerarsi come particolari a quei malati in cui si presentano associati ad una lesione del sistema nervoso periferico, certamente questo può dirsi, come il precedente, un esempio di psicosi polinevritica.

III.

Compito dello studioso dev' essere dunque cercar di esaminare, per quanto è possibile, e in quanto è concesso dalle attuali cognizioni, il meccanismo di tale amnesia; vedere quando, perchè e possibilmente come essa può presentare speciali modificazioni; con quali altre manifestazioni somatiche e psichiche si accompagna, e se obbligatoriamente o no; finalmente, se è riferibile a particolari lesioni dei centri nervosi, che bastino a spiegarla e ad individualizzarla.

A chi intanto ben riguardi l'insieme dei fatti esposti, non può non sfuggire una considerazione: che la malattia descritta dal Korsakow, sorta come una entità clinica distinta, è andata man mano allargando i suoi termini, tanto da abbracciare dal punto di vista psichico fin delle forme di vera e propria *confusione mentale*, da quello somatico delle affezioni che non sono più solamente quelle dei nervi periferici.

In una parola, ogni qual volta, per una causa infettiva o tossica, e a preferenza per l'alcool, si sviluppa una sindrome mentale che, con qualche cosa in più o in meno, è moltissimo somigliante alla confusione mentale, e insieme si presentano dei disturbi del sistema nervoso periferico o centrale (polinevrite, poliomielite e polioencefalite), ed anche in mancanza di questi, si viene a parlare di *psicosi polinevritica.*

A parte la improprietà di questa denominazione, poichè non sempre si tratta di polinevrite, nè sempre ci sarebbe bisogno di fatti somatici concomitanti: a parte anche la improprietà dell'altra denominazione: *cerebro-*

patia psychica toxaemica, che non ha niente di caratteristico per la forma morbosa in discorso, e potrebbe anche adattarsi al delirium tremens (Jolly), non mi sembra giustificato — credo — fare un quadro clinico distinto e dare una denominazione speciale allo insieme di due ordini di fatti morbosi non legati da un legame d'obbligo, e che spesso anzi vanno addirittura dissociati. Non poche nevriti multiple decorrono senza psicosi; molte psicosi identiche o vicinissime clinicamente a quella di Korsakow decorrono senza ombra di polinevrite; manca quel rapporto costante fra esse, che dovrebbe essere necessario per farne una entità clinica. La quale, appunto per tale ragione, presenta dei caratteri così considerevolmente fluttuanti.

I due ordini di sintomi — somatici e psichici — non hanno che un sol legame: il comune momento etiologico; ma la loro contemporanea comparsa, o la mancanza di uno di essi da altro non dipende se non che dalle variabilissime condizioni individuali, e poi anche dalla varia natura e dalla diversa intensità del fattore etiologico.

È un fatto notissimo, e che si estende a tutta la patologia, quello che ogni organismo ha congenitamente, o, per speciali condizioni biologiche sfavorevoli, può avere, degli organi, o parti di loro, o dei sistemi più deboli, più vulnerabili degli altri, che meno quindi sono in grado di resistere all'azione nociva dei diversi agenti morbigeni. Questo « locus minoris resistentiae » non ci è che raramente noto a priori, o non possiamo che raramente sospettarlo, ma d'ordinario ci si svela quando, nella lotta tra la malattia invadente e l'organismo che raccoglie le sue forze per difendersi, presto soccombe, costituendo la breccia, che può anche essere il punto di partenza della distruzione dell'individuo.

La stessa azione elettiva che certe sostanze o certi agenti morbosi sembra che debbano esercitare su organi o sistemi speciali, e che per tal fatto appunto sembrerebbe dovesse essere indipendente dall'elemento individuale, non lo è poi in effetti. L'alcool, ad es., è uno dei veleni che più specialmente predilige il sistema nervoso, a tal punto che alcuni autori lo hanno dichiarato nocivo preso anche a minime dosi; eppure, di quattro soggetti egualmente alcoolisti, ne potremo vedere uno ammalare semplicemente di cirrosi epatica, un altro diventare brightico, un terzo presentare una nevrite multipla, un quarto una psicosi alcoolica, senza che in ciascuno di costoro gli altri organi presentino la menoma alterazione, o si mantengono almeno in buono stato anatomico e funzionale per lungo tempo (1).

Ancora, non si vedono ogni giorno svilupparsi, sotto l'azione nociva dello stesso elemento etiologico — alcool, ad es. — varie sindromi psichiche: delirium tremens, Wahnsinn allucinatoria, delirio geloso, paralisi o pseudoparalisi alcoolica, in diversi soggetti, tutti egualmente intossicati, senza che il clinico o l'anatomo-patologo siano in grado di dire come e perchè nel dato individuo compaia una forma piuttosto che un'altra? Donde ciò, se non dal fatto che sotto l'azione della medesima causa, ciascun individuo reagisce in modo particolare, a seconda le speciali suscettibilità morbose o speciali condizioni accidentali?

(1) Il fatto è stato da tempo osservato. In una comunicazione al VI Congresso freniatrico italiano del 1889, G. B. Verga si occupò della cirrosi epatica nei pazzi, e controllando il fatto segnalato dal Grilli intorno alla sua rarità in questi, ebbe a rilevare come, dal 1872 al 1888, nel Manicomio di Mombello, ove la popolazione media giornaliera fu di 1150 ricoverati, si riscontrarono *solo 21 casi* di cirrosi, per quanto la frenosi alcoolica abbia dato *un notevole contingente*.

V' ha di più: una stessa ed unica forma morbosa non assume in ciascun individuo alcun che di particolare nel suo presentarsi, nel suo decorrere, per cui forse mai, in due persone diverse, la stessa malattia ha presentato un identico quadro sintomatico? Avviene cioè delle malattie quello che dei singoli individui: i membri di una stessa famiglia si assomigliano senza mai però essere assolutamente identici, avendo ciascuno la propria caratteristica personale, che permetterà sempre di distinguerlo dagli altri, e che da sè informa tutte le manifestazioni vitali del soggetto. Così ciascuno ha anche un modo particolare di reagire alle influenze morbigene, a seconda le speciali condizioni, permanenti o transitorie, congenite o acquisite, della organizzazione somatica e psichica. Se questi fatti son veri per la patologia in genere, tanto più lo sono in patologia mentale, trattandosi qui di organi e funzioni estremamente differenziati e variabilissimi non solo da individuo ad in-

---

Mi piace qui riportare un dato di fatto che può essere significante, per quanto riferibile a diverse specie di fattori insieme: nei negri, malgrado la diffusione sempre crescente dell' alcoolismo, sono più rare le psicosi alcooliche, di quanto in confronto siano nei bianchi, mentre sono più frequenti le cirrosi epatiche ecc.:

« Reiner Alkoholismus ist keine häufige Erscheinung. Wenn kein anderes Moment hinzukommt, so besitzen die Neger einen beachtenswerthen Wiederstand gegen die Alkoholvergiftung. Beweis sind viele Neger, die ihr ganzes Leben mit Trinken zugebracht haben, und bei denen manchmal erst nach etwa 20 Jahren dauernde Anzeichen von Geisteskrankheit auftraten. Die Anzahl der Neger, die den geistigen Getränken stark zusprechen, ist nicht gering, aber Fälle von Irresein, die allein durch Alkoholismus hervorgerufen werden, sind verhältnissmässig selten. Die Neger erkranken vieleher an Leber — Congestionen, Nervenentzündung, Gefässveränderungen auf alkoholischer Basis; Fälle von acutem Delirium alkoholicum sind vorübergehend, chronische Fälle, die gleichfalls selten sind, zeichnen sich durch Blödsinn aus ». (Georg Buschan — Zur Pathologie der Neger, in Archivio per l' Antrop. e l' Etnologia, Vol. XXXI, 1901).

dividuo, ma anche nella stessa persona, a seconda le varie età, il vario sviluppo e indirizzo intellettuale, la varia condizione sociale, la varia eredità, il vario ambiente fisico, morale, intellettuale ecc., e finalmente anche a seconda il vario potenziale di resistenza alla morbilità dei singoli individui e dei singoli organi e sistemi di organi.

E ritornando al primitivo argomento, se, per le particolari condizioni cui si è accennato, in un soggetto presenta maggior morbilità il fegato, in un altro il rene, in un altro i nervi periferici o il cervello, non è perciò escluso che parecchi organi possano contemporaneamente presentare un basso coefficiente di resistenza, sì che si vedano in unico tempo svolgersi una cirrosi epatica e un rene raggrinzato, o una nevrite multipla, per lo stesso intossicamento cronico alcoolico, breve, una delle tante combinazioni possibili tra i quattro casi semplici considerati; con questo di più, che a volte tale associazione potrebbe benissimo modificare in parte il decorso delle singole affezioni, o queste influenzarsi l'una con l'altra, o una di esse mettersi di più in evidenza e pigliare il sopravvento nelle manifestazioni cliniche o nella estensione e gravità delle alterazioni anatomo - patologiche.

Se dunque contemporaneamente si riscontra, in un caso dato, una polinevrite, senza alcun sintoma di particolare importanza, ma conforme alla comune dei casi del genere, e una psicosi, pur essa senza nulla di particolarmente rilevante o speciale (la importanza dell' amnesia essendo molto discutibile e discussa, come si vedrà), se cioè un individuo presenta vulnerabili, egualmente o in vario grado, il cervello nei suoi elementi cellulari o nelle sue fibre associative; e i nervi periferici nelle cellule anteriori spinali, nelle cellule dei gangli sensitivi, o nei

prolungamenti cilindrassili rispettivi, c'è proprio bisogno sentito di farne una forma morbosa distinta, e reclamare per essa un posto a parte in nosografia mentale? Parmi di no. Lo sguardo dato alla storia della malattia insegna come essa non ha potuto resistere alle incalzanti obiezioni della critica, e come, pur essendosene conservata la denominazione, sono stati descritti sotto di essa casi diversissimi per la sintomatologia somatica e psichica, in modo da potersi considerare come appartenenenti alla malattia di Korsakow tutti i casi in cui dei fatti nevritici periferici (e anche centrali?) hanno accompagnato una malattia mentale, che per lo più assume la forma confusionale, come quella ch'è la più frequente a riscontrarsi nelle psicopatie di origine infettivo-tossica. Si è tanto insistito — è vero — sulla speciale amnesia, come sull'unico sintoma capace di dare una fisonomia speciale alla malattia in discorso: ma esso è passibile della doppia obiezione che non si riscontra in tutti i casi in cui un disturbo mentale accompagna una polinevrite, e si riscontra invece in altre sindromi mentali ove non ci entra per nulla la polinevrite. Si confronti ad es., il quadro che Kräpelin (1) traccia dei disturbi della memoria nel Delirium tremens: « la memoria per gli avvenimenti e le acquisizioni antiche è di regola integra... gli avvenimenti più recenti invece vengono rapidamente dimenticati, alterati, scambiati, in ogni caso va completamente perduto il loro ordine di successione rispetto al tempo. Spesso si hanno falsamenti dei ricordi... questo fenomeno ricorda la psicosi po-

(1) Kräpelin — Psychiatrie, VI Auflage Bd. II. s. 82 - 83.

linevritica, che parimenti si sviluppa spesso sur un terreno alcoolico.

Nessun dubbio che il fenomeno non solo *ricorda* la psicosi polinevritica, ma che è precisamente la stessa cosa.

Jolly infatti non vede nei due casi che la sola differenza di intensità nell' azione della causa determinante, per cui la malattia di Korsakow costituirebbe una forma a decorso più prolungato e nel tempo istesso un disturbo più profondo e più grave. Niente a ridire sul più lungo decorso, ma quanto alla maggior gravità, francamente, essa non lo è sempre, e tutti gli autori, da Korsakow in poi, hanno visto dei casi leggeri, in cui la sindrome mentale, come pure l' amnesia, erano appena accennate. Quando si pensa d' altra parte che non pochi clinici si son creduti autorizzati a far diagnosi di psicosi polinevritica semplicemente trovandosi di fronte al disturbo mnesico, non si può sconvenire che ad esso si è attribuito un valore patognomonico che non merita. Non solo lo si ritrova in fatti — come si è visto — nel *delirium tremens*, ma — lo ha già da tempo notato il Tiling — nella *demenza senile*, e dopo *traumi al capo*. Di più, anche basandomi sulla mia esperienza — per quanto non molto estesa —, non posso sottoscrivere l' asserzione del Soukhanoff, che nell' *amentia* di Meynert manchi uno stato di stabile amnesia. Non ha visto qualunque alienista dei confusi amnesici? Non dico che lo siano tutti, o tutti a quel modo, ma che non ce ne siano, questo mi pare esagerato. Specialmente se si tratta di malati, in cui ci sia l' elemento alcool in giuoco, essendo questo il veleno che più facilmente provoca alterazioni della memoria. — Comunque sia, a me non pare affatto straordinario che dappertutto, o quasi, ove il cervello è in preda ad intossicazione (segnatamente per quelli che

sono stati chiamati veleni psichici) o ad esaurimento , vi sia pure amnesia. Come con molta assennatezza dice **Anglade**, « la patologia mentale si arricchisce sempre di nuovi fatti, confermanti che le varie intossicazioni , come le infezioni stesse , colpiscono sopratutto la memoria. L' amnesia diventerà a poco a poco un sintoma capitale delle tossi - infezioni dei centri nervosi » .

Evidentemente, perchè gli elementi cellulari possano fissare le impressioni, perchè queste possano venire non solo conservate, ma associate ad altre, rievocate ecc., la prima e necessaria condizione è che sia normale la nutrizione e la circolazione cerebrale.

Ma quando questi processi fisiologici vengono alterati, e quando sono soggetti a variare a brevi intervalli, il cervello conserva e associa troppo labilmente, e più o meno, a seconda il variare di quelli, sì che la rievocazione e la riproduzione presentano troppe lacune o punti oscuri, per le impressioni registrate nei periodi di maggior squilibrio funzionale, mentre possono essere alquanto più facili per quelle registrate invece in altri periodi di più favorevole funzionamento; questo, beninteso, pur ammettendo che molte altre concause — di cui la maggior parte a noi sfuggono — possono intervenire e contribuire a generare queste variazioni. Esse però mi sembrano incontestabili.

Non pochi confusi, in genere, presentano infatti delle alternative, a brevi distanze, in cui il loro stato può giudicarsi ora più ora meno grave; ed anche nella storia dei malati della psicosi di **Korsakow**, sono notate simili alternative, che naturalmente si ripercuotono poi sull' amnesia. **Korsakow** istesso scrisse: « l' amnesia non ha un carattere stazionario, ma può essere più o meno grave, per molteplici condizioni che possono intervenire nello stesso malato » — Bisognerebbe quindi as-

sodare, in primo luogo, quando si è in presenza di tali amnesie, se solamente i fatti intervenuti in periodi di minor stato confusionale, o di meno gravemente disturbata coscienza, o se solo i fatti che hanno potuto, per motivi speciali, destare una speciale reazione nel malato, sono quelli che poi si vedono da esso rievocare, a guarigione avvenuta, come io ritengo, e credo di aver potuto assodare in più d'un paziente; più, di fronte ad un paziente del quale si presume non debba nulla ricordare, o solo in modo affatto sommario e confusamente, gli avvenimenti occorsi nel periodo morboso (come d'ordinario avviene), e che si vede invece ricordarne con esattezza sufficiente una certa quantità, si può rimaner vittima della illusione che egli sia capace di poter ricostruire tutta la vita del periodo morboso. Tanto più, che in tale ricostruzione, spesso il medico e altre persone vanno suggerendo e ricordando cose e parole, che il soggetto ricollega al suo patrimonio di ricordi, e finisce col dire e far credere che tutto gli sia ritornato a mente. In questo caso la cosa perderebbe molto della importanza che le si è voluto dare. Senza dire che sarebbe, ripeto, comune a non pochi confusi, che non hanno nulla a vedere con la sindrome di Korsakow.

L'amnesia di questa, come ha dimostrato Colella, non modifica in nulla le modalità e le leggi psicologiche che regolano la memoria e i suoi disturbi. Aggiungo che se nella psicosi polinevritica l'amnesia si riscontra con un carattere di maggiore acuzie, diciamo così, rispetto a quanto si osserva in quella da demenza senile, credo lo si possa spiegare benissimo col fatto che le lesioni anatomiche avvengono anche più rapidamente. Non solo, ma poichè le cause morbose hanno agito su elementi forti e capaci di restaurarsi (tranne quando, per speciali condizioni, la malattia ha esito in

demenza, o con la morte), ciò spiega in linea generale anche il fenomeno della ricomparsa dei ricordi, in tutto o in parte, a guarigione avvenuta.

Le condizioni che accompagnano tale reviviscenza di impressioni, la quale ha colpito i clinici e interessato i psicologi, studiate da questi più volentieri ed estesamente nello ipnotismo, sono forse non meno importanti a considerare qui, per qualche fattore che possono mettere in evidenza, nella teoria generale dei processi della memoria.

Più o meno certamente a seconda i casi, e variabilmente anche nello stesso caso, abbiamo visto essere disturbate le condizioni fondamentali che servono alla memoria dal punto di vista anatomico e funzionale.

Non meno disturbati ne sono i fattori psicologici. Non è improbabile, ad es., che il limite massimo e minimo delle eccitazioni sia modificato, come ancora che la rapidità di successione e la durata degli stimoli vada sotto la media normale del dato individuo; certamente non interviene affatto, o pochissimo, l'attenzione, e raramente uno stato emozionale si desta a favorire la fissazione degli stimoli, come raro e labile deve essere lo stabilirsi dei legami associativi.

Stando così le cose, pur ammettendo che una parte delle impressioni, perchè ricevute dal paziente in periodi di relativamente meno alterata funzionalità cerebrale, possano fissarsi ed essere rievocate, tuttavia c'è da aspettarsi che esse siano almeno scialbe, fioche, poco vivaci e poco precise. Eppure, pare siano stati osservati dei casi in cui la rievocazione si dice sia stata fresca ed esatta. Tale, da far quasi pensare che le cellule depositarie di tali ricordi, col reintegrarsi anatomicamente, possano (e veramente in un piccolo numero di casi) rinforzarli, colorirli di tinte fresche e viva-

cemente riprodurli. Riguardo a ciò, mi pare abbia perfettamente ragione il S o l l i e r quando dice che « la vivacità della riproduzione dipende solamente dallo stato potenziale del centro ricettore e non dalla intensità dell'evocazione ».

Il fenomeno trova del resto una certa analogia in altri, che si producono in condizioni diverse, ma che permettono tuttavia il paragone. Talvolta vediamo noi dei ricordi della memoria incosciente, incapaci, per la loro tenuità, ad essere normalmente rievocati, divenirlo invece, e facilmente, quando, per un processo febbrile, ad es., o nel primo periodo dell'azione dell'alcool, o per l'uso di caffè, ecc., o negli stati maniaci, la circolazione cerebrale si fa più attiva, il chimismo cellulare più vivace, la resistenza al passaggio delle correnti nervose minore. Qui insomma abbiamo tracce di stimoli, che, conservate difettosamente per mancante attenzione ed associazione, non arrivano a rievocarsi spontaneamente, e tanto meno volontariamente, che in condizioni anormali di funzionalità cerebrale, cioè di iperfunzionalità; le impressioni invece registrate labilmente durante un periodo di alterazione anatomica e funzionale, di esaurimento cellulare, e con difetto di attenzione e di associazione, potrebbero, a loro volta, essere rievocate quando i centri nervosi si reintegrano nella loro costituzione e nella loro funzione, quando, cioè, di fronte alle primitive condizioni sfavorevoli, perchè morbose, col ritorno dello stato normale, la circolazione si è attivata e regolata, il ricambio materiale cellulare ristabilito, la conduzione delle correnti nervose facilitata: quando, in una parola, l'elemento nervoso trovasi in uno stato che, rispetto al precedente, può considerarsi iperfunzionale.

E poichè lo stato della coscienza, nel momento in cui

gli stimoli venivano immagazzinati, era profondamente disturbato, si è indotti a pensare che la loro fissazione debba essere avvenuta nel campo vasto e sempre attivo dell' incosciente. Forse nei periodi più favorevoli, di meno alterata funzionalità, in quei periodi nei quali non pochi pazienti acquistano uno stato che si avvicina un poco alla quasi lucidità di coscienza, si è operato il salvataggio di fatti, che diventano poi i più importanti nel lavoro di ricostruzione. Partendo da essi, col meccanismo cui abbiamo poc' anzi accennato, potrebbero anche rievocarsene altri che parevano assolutamente perduti per la memoria cosciente. Gli autori dicono inoltre, che la ricostruzione del periodo morboso avviene meglio se i malati sono aiutati nel ripescare i loro ricordi. Ma qui non parrà illecito il sospetto che possano entrare in giuoco delle paramnesie, per cui il paziente finirebbe in effetti con l' ingannare, inconsciamente, sè e il medico. È noto che alcuni autori ritengono la paramnesia come un fenomeno comune e facile a verificarsi in quasi tutti gli uomini (Diedsens), o per lo meno in una certa misura (30 0[0 — Dugas); e forse le condizioni somato-psichiche in cui si trovano i convalescenti potrebbero facilitare il meccanismo di produzione dell' illusione del « già visto ». Ma l' interpretazione di tale fenomeno essendo per vero incompleta e difficile, non lo si può certamente invocare che con molta riserva.

Certamente può dirsi invece che la reviviscenza di buona parte degli avvenimenti si debba all' attività dell' incosciente.

Che le impressioni sensitive e sensoriali, pur non essendo arrivate ad essere coscienti, possano essere rievocate, è dimostrato da non pochi fatti (Sollier).

La memoria incosciente è una proprietà che il siste-

ma nervoso esplica sempre con grandissima facilità, fuori di altri meccanismi ausiliari, non solo, ma gode anche di grande tenacia, se è vero, — come or ora si è detto — che delle impressioni, le quali fugacemente agirono su di noi, e le quali non arrivarono ad essere coscienti, possono poi, in determinate condizioni, farsi rivivere. Anche negli stati più sfavorevoli di funzionalità cerebrale la memoria incosciente non cessa di esplicarsi: sono acquisiti alla scienza dei fatti, in cui in seguito a shok, che ha determinato amnesia anterograda e retrograda, si è potuto constatare, con ipnotizzare il soggetto, che i fatti ignorati da lui in istato di veglia, erano invece conosciuti nello stato ipnotico. E così pure possono essere evocati, in istato di sonnambulismo, dei sogni di cui in veglia non si ha ricordo alcuno (Sollier).

Questa maggior facilità di produzione della memoria incosciente, come la sua più considerevole tenacia, è in rapporto al rappresentare essa una funzione molto meno evoluta della memoria cosciente, e di conseguenza alla sua sede in centri parimenti meno evoluti. È legge generale biologica che le strutture formate da ultimo sono le prime a degenerare, che la dissoluzione avviene in ordine inverso all'evoluzione, andando dal più complesso al più semplice. Huglings Jakson ha dimostrato per il primo che le funzioni superiori, complesse, speciali, volontarie del sistema nervoso scompaiono prima di quelle inferiori, semplici, generali, automatiche. Come é altra legge biologica generale che le funzioni più semplici, godono anche di proprietà speciali di resistenza alla stanchezza funzionale. Ed è un fatto che si può spesso constatare che ove la volontà non interviene, e anche all'infuori di stati patologici, la funzione non va soggetta a stanchezza , ad esaurimento. Richet ammette

che i centri nervosi motori non si stancano che quando son messi in attività dalla volontà, mentre non si esauriscono nè si stancano più che il midollo o il muscolo quando vengono eccitati da altri agenti (1). Così pure, Joteyko ha potuto concludere per i centri riflessi spinali che essi « sono capaci di fornire un lungo lavoro senza fatica. Si può anche dire che essi sono praticamente infaticabili » (2).

Siamo dunque in presenza di leggi generali e fondamentali di fisiologia nervosa, che possono in tutti i casi e senza tema di errare, venire opportunamente invocate, anche là dove non si tratti di centri motori o di centri spinali. Ecco perchè, di conseguenza, la memoria sensoriale istintiva, come la chiama Ribot (3), la quale « fissata nell'organismo, diventa parte di sè stesso, anzi sè stesso, rappresenta l'organizzazione al suo più forte grado » ecco perchè, essa, dico, è molto meno disturbata dal generale processo di intossicazione cui sono in preda gli elementi cellulari corticali, ogni volta che ci troviamo in presenza di neuropsicosi infettive e tossiche. Le funzioni nervose più semplici e di centri meno evoluti, come resistono vittoriosamente alla fatica, così resistono anche notevolmente alle sfavorevoli condizioni esterne ed interne, che tendono ad ostacolarne la funzionalità. Effettivamente, ove manca il criterio di lesione circoscritta, o di determinata azione elettiva, o di particolari azioni morbigene, non si vedrebbe al-

(1) Richet — Art. Contracture (Dictionnaire de Physiologie, IV, fasc. II. 1899).

(2) Joteyko — Participation des centres nerveux dans les phénomènes de fatigue musculaire, 1901.

(3) Ribot — Maladies de la mémoire.

tra ragione sufficiente a spiegare effetti tanto diversamente gravi in seguito a processi morbosi, la cui azione si diffonde e ripercuote su tutti gli organi, su tutt' i sistemi.

So bene che certe basi su cui queste idee e queste ipotesi si fondano, vengono a sollevare il problema tanto dibattuto della sede della memoria, e che contrariano coloro i quali ammettono nei centri ricettori la sostituzione completa dei differenti stati molecolari, successivamente determinati dalle impressioni succedentisi, cioè, una modificazione molecolare passeggera e uno stato dinamico pure passeggero. Non è qui il luogo di entrare in simili discussioni, ma il fatto è che questi autori, negando delle modificazioni permanenti, col motivo che esse dovrebbero avvenire in una materia organizzata, vivente, di cui il mutamento è la condizione stessa di esistenza, le negano bensì per le cellule cerebrali dei centri ricettori, ma finiscono con l'ammetterle per i centri percettori, i quali ricevono la corrente nervosa che ha traversato i centri ricettori, la trasformano la *immagazzinano*, ecc. Di queste dottrine ha fatto recentemente giustizia il Bianchi, là dove, con smagliante parola, dice: (1) « Migrano, direi quasi, i duplicati dei componenti elementari delle immagini per combinarsi con altri e costituire la immagine concreta; migrano altresì i duplicati delle immagini concrete verso un campo comune, ove convengono per nuove combinazioni e la formazione d' immagini di ordine superiore..... ma affermare che le immagini si formino in un punto e si conservino in un altro punto, d' onde sarebbero rievocate, parmi più arbitrio in ipotesi, alla quale

(1) Bianchi — Trattato di Psichiatria.

non arride la verosimiglianza ». Certo, pur restando la memoria proprietà fondamentale del sistema nervoso, e non essendoci quindi ragione di negarla alle aree sensoriali e motrici della corteccia cerebrale, riserbandola ai lobi prefrontali, sede delle più elevate funzioni psichiche, devesi ammettere una differenza qualitativa e quantitativa e una diversa modalità di esplicazione. I centri sensoriali non sono capaci delle modalità di esplicazione e della complessità della memoria, di cui lo sono i lobi prefrontali, ma da questo a negar loro qualunque funzione di memoria ci corre.

Dal punto di vista anatomo-patologico, la pretesa speciale amnesia della psicosi polinevritica la si è voluto spiegare con la lesione delle fibre del sistema associativo, primamente descritto da Exner. Non che nel meccanismo di produzione dell'amnesia non ci possa entrare la lesione delle fibre associative, ma parmi che essa da sola non basti a spiegarla, nè che la restitutio ad integrum di tali fibre possa soddisfare a spiegare la ricomparsa dei ricordi. In effetti, da una parte, se così si comprende la facile amnesia degli avvenimenti recenti, non riesce chiaro poi come sia possibile la rievocazione dei lontani, poichè l'azione dei diversi fattori psicologici, che servirono a rendere più resistenti questi ultimi, viene a perdere molto di valore, ove entri in gioco una lesione anatomica delle fibre associative. Il richiamo che si è fatto confrontando l'amnesia della psicosi polinevritica con quella da demenza senile, ove pure si constata primamente la perdita dei ricordi recenti con conservazione dei lontani, è forse solo parzialmente giustificato: sembrando probabile che diversa sia la lenta, graduale atrofia delle cellule e delle fibre nervose, che non tutte insieme, ma a poco per volta, quasi una dopo l'altra, vanno indebolendosi nella loro

costituzione e nella loro funzionalità, dalla rapida, uniforme e quasi simultanea diminuzione, risp. perdita di funzione, determinata da un agente infettivo o tossico. Importante è pure, a mio modo di vedere, una obiezione sollevata da Sollier. Si dice comunemente che la ripetizione più frequente delle associazioni antiche è quella che permette la più lunga persistenza dei ricordi di avvenimenti remoti. « Ma è facile convincersi che non sono sempre le associazioni costituenti i ricordi del passato quelle che si sono ripetute più spesso. Se del resto la persistenza, la resistenza dei ricordi alla dissoluzione fosse legata alla loro più o meno frequente ripetizione, e questa non essendo forzatamente più numerosa per gli antichi ricordi, ne risulterebbe che la regressione della memoria dovrebbe avvenire secondo la frequenza delle ripetizioni, e non secondo l'ordine di successione delle impressioni » (1). D'altra parte, poi, nelle condizioni in cui il disturbo amnesico si produce, non solo il sistema associativo è leso, ma, — come ho rilevato — l'insieme delle unità corticali, trattandosi di processi infettivo-tossici; in conseguenza guarito quello, data cioè la possibilità della rievocazione, le immagini avrebbero il dovere di essere pallidissime, frammentarie. Mentre invece sono—almeno nei casi classici, su cui gli autori si basarono per ammettere l'autonomia di questa forma morbosa pare siano state—abbastanza esatte, complete, precise, vivaci; tali insomma da far pensare che non semplicemente una restaurazione delle fibre associative ha avuto luogo, e conseguentemente ristabilimento delle comunicazioni e facilitazione al pas-

---

(1) Sollier — Le problème de la mémoire 1900.

saggio delle correnti nervose, o [ammettendo l'amiboismo e la polarizzazione che Brissaud (1) calorosamente difende], che tali neuroni hanno riacquistato il loro potere di espansione, sì da rendere possibile la trasmissione delle onde nervose da un assone a un dendrite: ma che, contemporanente all'uno o all'altro di questi processi o ad ambo insieme (rapporti di continuità o di contiguità ?), un vero rinforzo dei ricordi ha avuto luogo. Ed anche ammettendo che la fissazione delle imagini sia avvenuta abbastanza bene nella memoria incosciente, per le ragioni dianzi addotte, molto meno disturbata della cosciente, pure bisogna sempre che qualche meccanismo speciale entri in gioco perchè, con una certa facilità, che non è davvero il caso ordinario, le impressioni incoscienti possano essere coscientemente rievocate.

Questo fenomeno deve aver dunque bisogno di speciali condizioni favorevoli per prodursi, e certamente non avviene che nella minoranza dei casi. Così si spiega che malgrado la restitutio ad integrum degli elementi nervosi corticali, molte volte i ricordi mancano o sono sommarii, o frammentarii.

La interpetrazione esatta e completa dei fatti esposti, ove un errore di osservazione non li abbia almeno esagerati, adunque ci sfugge: il che non è meraviglia quando si pensi di quante oscurità e controversie è irto ancora il problema psicologico, anatomico e fisiologico della memoria. Le brevi considerazioni fatte possono forse in ogni modo valere a mettere in luce alcuni punti speciali dell'amnesia, che è oggetto del nostro studio. Così,

(1) Brissaud — Leçons sur les maladies nerveuses (Deuxiéme série 1899).

pur convenendo che molteplici devono essere e sono i fattori e le condizioni che intervengono nel conservarsi e riprodursi degli avvenimenti in tali cervelli malati, che noi bene ed esattamente non possiamo indagare e seguire, ciò non deve escludere però che, al lume delle nostre conoscenze anatomiche, istologiche, fisio-patologiche, psicologiche, noi non dobbiamo tentare di ben vagliare i fatti che l'osservazione ci presenta, e farne una critica rigorosa.

E se, come spero di aver fatto rilevare, la lesione delle fibre associative non basta a dar ragione dello speciale fenomeno, parmi anche meno felice l'idea avanzata da Anglade, il quale vorrebbe ammettere che, se veramente la nevroglia è qualche cosa di più che un elemento di sostegno, se essa partecipa con la sua straordinaria rete alle operazioni cerebrali, non è fuori proposito che le lesioni nevrogliche, evidentemente precoci, date dai veleni, possano far sentire i loro effetti sulla memoria e sull'associazione delle idee. Ipotesi passibile delle stesse obiezioni fatte all'altra di lesione del sistema delle fibre di associazione, e che perciò è inutile ripetere.

Comunque, a parte qualsiasi tentativo di spiegazione del fenomeno, sta il fatto importante che il disturbo mnesico è un sintoma comune a tutti i processi patologici tossico-infettivi del sistema nervoso centrale, e che le sue varie modalità sono in rapporto con i particolari agenti patogeni, in alcuni casi (ad es. azione elettiva e con fisonomia speciale dell'alcool), o con le singole condizioni individuali su cui esso si impianta. Manca perciò all'amnesia della psicosi polinevritica qualunque carattere patognomonico, come di conseguenza viene a mancare alla psicosi qualunque particolare impronta. Non è forse inutile qui ricordare anche qualche

punto della discussione che Nissl (1) ha dedicato sui criteri da seguirsi nella diagnosi delle malattie mentali. Egli mette in luce l'indirizzo clinico della scuola di Kräepelin, consistente nel trarre i criteri diagnostici non già dalla sola sindrome fenomenica, ma dallo esame maturo e complessivo di tutti gli elementi che concorrono a caratterizzare il ciclo di una malattia e la vita antecedente di un individuo. Che devesi dire ora di quelle diagnosi basate su uno o due sintomi, e più quando questi non hanno nulla di particolare, di patognomonico?

Si dovrà così convenire esser giustificato pienamente raggruppare la malattia in discussione al grande quadro sintomatico della confusione mentale, o, se si vuol essere più precisi, la si può includere, come ha già fatto il Kräepelin, ma senza darle un posto troppo distinto e quasi autonomo, tra le pazzie infettive. La discussione piuttosto ampia fatta dei disturbi psichici nei due casi occorsi alla mia osservazione e avanti riferiti, casi che si sarebbero potuti considerare come appartenenti alla psicosi polinevritica, è stata intenzionalmente rivolta a dimostrare appunto come essi in nulla differiscono invece da altri quadri morbosi ormai classici in patologia mentale.

Dirò da ultimo che la prima osservazione riportata nel presente lavoretto mi sembra particolarmente importante per il fatto che nel malato, oggetto di essa, mi è riuscito poter assodare che se in lui, insieme al cervello, fu colpito dall'intossicazione verificatasi anche una parte del

(1) *Nissl* — Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen — Centralblatt f. Nervenheilk. und Psychiatrie, J. XXV N. 144 Januar 1902.

sistema nervoso periferico, questo avvenne perchè esso rappresentava un *locus minoris resistentiae* dell' organismo, era originariamente predisposto ad ammalare, infatti si era dimostrato, in tutta la vita del paziente, facilmente esauribile: constatazione che deve confermare la idea che la localizzazione degli agenti morbosi su punti speciali dell' organismo, a parte singole azioni elettive, a parte gli altri criterii di patologia generale, deve essere anche in qualche modo non casuale, come non può d' altro canto essere fatale, ma dipendente dallo stato particolare di quelli. Stato determinato da molteplici condizioni intrinseche ed estrinseche, temporanee o permanenti, congenite od acquisite, che non sempre noi possiamo dimostrare, ma che sempre abbiamo il dovere di supporre e tener di mira e in conto nei nostri giudizii clinico-diagnostici.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore

diretto dal **Prof. Domenico Ventra**

IMBECILLITÀ ED ASESSUALISMO

Nota clinica

PEL

PROF. G. ANGIOLELLA

P. P. A. è un giovanetto, nato il 15 Novembre 1883 in Castelfranci, in provincia di Avellino, da Luigi e dalla fu Maria Felicia R. Quest'ultima si sa essere stata una debole di spirito, ed il padre, tuttora vivente, è affetto da balbuzie. Allo sgravo di lui, la madre fu sottoposta a manovre operative, che non ci è stato possibile precisare, pur avendone chiesto notizie al medico del suo paese; dopo le quali manovre fu assalita da febbre infettiva puerperale per cui, a capo di 40 giorni, morì. Per tal morte egli fu affidato alle cure di un tal C., la cui moglie lo allevò e nella cui casa rimase fino all'età di 13 anni, non avendo voluto il padre, riammogliatosi, riprenderlo più presso di sè. Solo a questa età e dopo ripetute insistenze del C., acconsentì a riprenderlo, ma pare lo maltrattasse, volendolo costringere a lavorare, cosa a cui il P. non voleva o non poteva adattarsi. Nel Dicembre '98, anzi, il P. si recò a casa del C. raccontando che, un giorno, mentre pascolava le

pecore, si incontrò nel fratello, il quale, senza alcuna ragione, gli buttò una fune al collo, trascinandolo per un certo tratto di strada e producendogli delle escoriazioni che mostrava, e che, pochi giorni dopo, il padre lo aveva ferocemente percosso con una cinghia, dicendogli: Va e non ti far trovare a casa, se no ti scanno. Il C. fece denunzia di ciò ai carabinieri, ma sul più bello il P. si disdisse, affermando esser tutto falso quanto aveva asserito, il rossore al collo essere accidentale e prodotto da tutt'altra causa; e il risultato fu che egli ed il C. furono condannati l'uno a 5, l'altro a 10 giorni di reclusione per simulazione di reato. Se fu veritiero la prima o la seconda volta non è possibile dire; certo è, però, che i legami affettivi fra lui ed i suoi mostransi, da tal fatto, molto deboli. Egli fu sempre un po' debole di mente; rivelò però, tale disturbo mano mano che progrediva negli anni ed avrebbe dovuto svilupparsi, mentre non si sviluppava e rimaneva infantile.

Fu condotto la prima volta al nostro Manicomio il 17 Gennaio 1899: d'allora è uscito due volte; il 31 Ottobre 1899 ed il 25 Giugno 1901, ritornandovi, però, rispettivamente, il 17 Luglio 1900 ed il 5 Novembre 1901. Per quanto, infatti, docile, tranquillo, innocuo, corretto in Manicomio, non lo è altrettanto fuori; fra i suoi che non vogliono saperne di lui e lui che è mal prevenuto a loro riguardo e se la piglia con tutti, specialmente colla matrigna, che accusa di tutti i suoi guai, si è stabilita una specie di incompatibilità che rende impossibile la loro convivenza; ed è perciò che noi lo mandiam via, ma poco dopo egli ritorna in seguito a scenate familiari che succedono.

Ora il P. ha 18 anni compiuti, ma rivela ancora uno

sviluppo infantile, come si rileva dalle qui riportate misure antropologiche:

Peso del corpo	Kg.	44,00
Statura	m.	1,41
Grande apertura delle braccia . .	»	1,48
Diametro ant. posteriore del cranio	mm.	182
Diametro trasverso massimo . . .	»	140
Circonferenza orizzontale	»	547
Semicirconferenza lat. destra . . .	»	281
Semicirconferenza laterale sinistra .	»	266
Semicirconferenza anteriore . . .	»	284
» posteriore . . .	»	263
Curva long. ant. posteriore . . .	»	333
Curva sagittale biauricolare . . .	»	308
Capacità cranica	»	1510
Indice cefalico		76,92
Tipo del cranio: subdolicocefalo .		
Altezza della fronte	mm.	45
Diametro frontale massimo . . .	»	110
Altezza della faccia	»	110
Larghezza della faccia	»	105
Larghezza bigoniaco - mandibolare .	»	95
Angolo facciale		53°
Lunghezza dell'arto superiore destro	mm.	633
» » » sinistro	»	628
Lunghezza dell'arto inferiore destro	»	848
» » » sinistro	»	840

Notasi submicrocefalia, scafocefalia, trigonocefalia, occipite piuttosto sporgente, sporgenti un pochino gli zigomi, un certo grado di prognatismo. Ha leggiera ginecomastia, con accenno d'infossamento mediano fra le mammelle, laringe non sporgente, piuttosto piatta e tonda, addome grosso, natiche alquanto sporgenti, abbastanza marcata l'incurvatura dorso - lombare. Assenza

completa di peli in tutto il corpo, meno che nel cuoio capelluto. Mancano completamente i testicoli, e lo scroto è appena accennato, sotto forma di una lievissima tumefazione della cute, molle e delicata, in avanti della regione perineale, sporgenza presentante un rafe mediano appena visibile. Infossando la punta di un dito nell'orifizio del canale inguinale, non è dato avvertire la presenza di alcun corpo che potesse interpetrarsi come il testicolo. Al di sopra di questo rafe, immediatamente sotto dell'arcata pubica, trovasi un corpicciuolo della lunghezza di 1 cm. e del diametro di 1[2 cm. circa, che rappresenta l'asta, ma in cui non solo non vi è distinzione fra ghiande e corpo, ma non vi è traccia alcuna di corpo cavernoso; non è, molto probabilmente, che un'appendice cutanea, attraversata dal canale uretrale. Solo può dubitarsi se esista, in germe almeno, intorno a questo canale, un po' di tessuto lacunare, che rappresenti il corpo cavernoso proprio dell'uretra; e su questo punto non può emettersi alcun giudizio certo; il fatto è, però, che questo corpicciuolo non mostra mai alcun aumento o diminuzione di volume, che renda logico sospettare la presenza di un tessuto capace, appunto, di tali variazioni, qual'è quello cavernoso.

Più spiccate ancora sono le note di infantilismo nell'organismo psichico del P., essendo caratteristica essenziale della sua psiche appunto l'arresto ad un grado di sviluppo molto inferiore a quello dell'età in cui il soggetto si trova. Ha egli, infatti, tutto il modo di fare, di pensare, di agire, le smorfie, il piagnucolare di un ragazzetto di pochi anni, e, quantunque tranquillo ed inoffensivo, rendesi qualche volta molesto agli altri ricoverati, appunto perché commette delle biricchinate, o, meglio, delle ragazzate, essendo egli simile ad un fanciullo, ma non certo ad un fanciullo svelto ed intelli-

gente, bensì ad uno tardo e dappoco. Anche il suo sviluppo affettivo è deficiente, e, prescindendo dal fatto sopra ricordato, è notevole che egli poco si cura di aver notizie di suo padre e dei suoi fratelli, e neanche dimostra premura per coloro che lo hanno allevato; anche in Manicomio non si affeziona con nessuno dei suoi compagni di sventura: non è cattivo con loro, ma neanche dimostra sentimenti di sociabilità, vive piuttosto a sè ed appartato. Lo conosciamo, oramai, da parecchio, perocchè, come si è detto, è in Manicomio, a brevi intervalli, dal Gennaio 1899; ed abbiamo potuto constatare che il suo livello intellettuale non è, in questi due anni, salito affatto; egli è ora perfettamente come era all'epoca della sua prima ammissione. È vero che non si sono sperimentati su di lui adatti mezzi pedagogici, ma, anche nell'ambiente nostro, egli non mostrasi suscettibile, e sopratutto, volenteroso di apprender nulla, nè di adibirsi a qualsiasi lavoro manuale. Gl'istinti ed i sentimenti sessuali tacciono completamente in lui; a discorsi erotici, alla vista di donne, resta perfettamente indifferente; anzi mostra per le donne una certa avversione, perchè, dicendoglisi per ischerzo, o, meglio, per esperimentarlo, che lo si vuole inviare nel Reparto donne, risponde sempre con una energica negazione, anzi facendo un atto di spavento e di terrore. Capisce la differenza che decorre fra lui e gli altri uomini; capisce perfino di non potersi ammogliare, perchè incapace dell'accoppiamento sessuale, ma non se ne preoccupa affatto; lo dice ridendo e quando si insiste, facendogli delle domande al riguardo, domandando se senta dolore della sua condizione, risponde, sempre ridendo: cosa debbo fare, se Iddio così mi ha fatto? E se lo interroghiamo se ha mai inteso qualche cosa che rassomigliasse ad un desiderio di star con donne, anche di ciò si fa

una risata, dicendo: ma che ci penso a fare se non son buono? Possiamo poi assicurare la completa assenza in lui di qualunque tendenza invertita o passiva: anche stimolato in questo senso da qualche suo compagno, si è mostrato del tutto negativo e riluttante; nè è stato mai visto portar le mani sul suo rudimentario organo sessuale.

.:

Evidentemente, non può parlarsi, in questo caso, di ermafroditismo, essendo condizione essenziale del falso ermafroditismo (giacchè quello vero nella specie umana non è stato mai riscontrato), che vi sia, negli organi genitali esterni, qualche cosa, che, almeno nelle apparenze, ricordi l' uno o l' altro sesso: o, cioè, in un apparecchio genitale femminile, un clitoride p. es. molto sviluppato si da rassomigliare all'asta, o, viceversa, in quello maschile, i testicoli ricacciati nella cavità addominale, sicchè lo scroto vuoto e tirato in dentro nella linea mediana del setto assuma la parvenza di due grandi labbra, e così via dicendo. Nel P. , invece, mancano i testicoli, è vero, ma lo scroto vuoto non assume l'apparenza femminile; anzi è notevole il fatto che nei primi tempi in cui il P. era in Manicomio, le due metà laterali di questo erano, per quanto leggerissimamente, sospinte in basso, sicchè ne risultava un lieve infossamento rafico mediano: col crescere, invece, dell'infermo, la cute, vuota del suo normale contenuto, si è andata man mano stirando in su e ravvicinando al pube e al perineo, sicchè la regione si è appianata, sparendo del tutto quelle lievi sporgenze laterali e, quindi, l'infossamento mediano; si distingue ancora un rafe, ma soltanto come una linea di congiunzione, non presentando alcun dislivello colle parti contigue. Non vi è al

di sotto dell'asta, alcun forame od apertura paragonabile a quelli che sono nelle donne al di sotto della clitoride; il meato urinario trovasi perfettamente a posto all'apice della rudimentale asta. È che appunto questa, che pure è asta o tale avrebbe dovuto essere, pur non rassomigliando ad alcuna parte dell'apparecceio genitale femminile, è immensamente atrofica, e manca di tutte quelle parti che ne fanno un apparecchio destinato alla funzione immissiva dello sperma negli organi feminei; manca, cioè, di tessuto cavernoso, manca di ghiande, manca, quindi, come dicevo, della facoltà di subire aumento o diminuzione di volume, inturgidimento, erezione; è, insomma, una piccola appendice cutaneo-connettivale, destinata unicamente all'urinazione. Studiando l'individuo in vita, non possiamo affermare con certezza che manchino realmente tutti gli organi riferentisi alla funzione sessuale, rimanendo sempre la possibilità che qualche parte, per quanto atrofica, risieda nell'interno; non possiamo sapere, p. es. se vi sieno le vescicole seminali, in quale stato si trovino i muscoli perineali che son destinati alla erezione ed alla ejaculazione; ma poichè, facendo astrazione da certe parti secondarie, quelle più essenziali dell'apparecchio genitale maschile, glandole secernenti, cioè, ed organo copulatore, sono situate, nell'uomo e in tutti i mammiferi, all'esterno, ne segue che, anche con un esame esterno sul vivo, qualche cosa possiamo affermare, e, riconoscendo che questi organi mancano del tutto, come mancano quelli femminili, possiamo considerare questo come un caso di asessualismo piuttostochè di ermafroditismo. È vero che il Taruffi (1) nella sua recente classificazione delle va-

(1) Taruffi. Intorno l'ordinamento della Teratologia. L'Ermafroditismo (Bollettino delle Scienze mediche di Bologna, Anno LXX vol. X, 1899).

rie forme di quest'ultima anomalia, fa un gruppo a parte del così detto *ermafroditismo delle glandole sessuali aplasiche, ermafroditismo atrofico o neutro*; ma a me pare che, così facendo, non si fa che una inutile e dannosa confusione di nomenclatura. La parola ermafrodita, in zoologia, è usata ad indicare quelle specie in cui coesistono, in uno stesso individuo, la cellula maschile e quella femminile, coi rispettivi organi ed apparecchi, sieno questi conformati in modo da permettere e da rendere possibile l'unione di queste cellule nell'organismo stesso, sì da dar luogo ad un nuovo essere senza bisogno dell'intervento di altro individuo (ermafroditismo sufficiente), sia che ciò non sia possibile, in modo che la cellula femmina di un individuo debba unirsi colla cellula maschio di un altro, e viceversa (ermafroditismo insufficiente). É logico, quindi, che nelle specie superiori questo nome sia riservato a quei casi in cui esiste, come anomalia, una tale condizione o qualcuna che le si rassomigli, nel senso della coesistenza, in un individuo, per lo meno delle apparenze esterne dei due sessi. Là dove quindi, invece, vi è mancanza od atrofia dell' apparecchio genitale o di alcuna delle sue parti essenziali, in modo che non è che vi sieno i caratteri dei due sessi, ma vi è invece assenza degli uni e degli altri, non mi pare possa parlarsi di ermafroditismo. Un dubbio è, come dicevo, lasciato dallo esame esterno, cioè che i testicoli si trovino nell'interno della cavità addominale, che si tratti, cioè, non di anorchismo, ma di criptorchismo; ma è da notare che, nella maggior parte di questi ultimi casi, il testicolo rimane lungo il percorso o nel fondo del canale inguinale, e, quindi, si arriva a palparlo infossando il dito in questo canale, come era p. es. nel caso riferito

dal Tomasini [1], in cui la criptorchidia unita ad ipospadia dava luogo alle apparenze dell'ermafroditismo; si arriva, dicevo, a palpare, e la palpazione spesso suscita una certa dolorabilità, perchè i testicoli trovansi in quel certo stato irritativo ed iperestesico che è proprio di tutti gli organi ectopici. Nel nostro caso, l'assenza di tutto questo fa pensare che essi manchino perfettamente o si trovino in uno stato estremamente atrofico e non funzionante, più in sopra ancora del canale inguinale, forse addirittura a fianco alla colonna vertebrale. Quando, infatti, il difetto si limita alla incompleta discesa del testicolo lungo il canale suddetto, o l'asta può esser del tutto normale e normale la funzionalità, o può esservi, contemporaneamente, qualche difetto anche in essa, e allora la funzione è imperfetta, ma esiste e in qualche modo si rivela la secrezione testicolare, come appunto nel caso del Tomasini, in cui, nonostante vi fosse ipospadia e l'individuo avesse apparenze femminili, notavasi una secrezione liquida dell'asta, si compiva un coito per quanto imperfetto, il soggetto cominciò dall'epoca pubere a mostrare tendenze ed istinti sessuali maschili, e, benchè vestito da donna, saliva le scale dei postriboli e si irritava a proposte di matrimonio che gli venivano da maschi.

Ora, è precisamente questo lato psichico della funzionalità sessuale quella che, colla sua completa assenza, ci autorizza, più ancora di qualunque altro fatto, a pensare, nel nostro caso, piuttosto ad asessualismo che ad altro, ed è questo che lo rende degno di nota, perchè i casi di assoluto anorchismo sono rari nella letteratu-

(1) Tomasini — Contributo alla patogenesi, psicologia e medicina legale dell'ermafroditismo (Manicomio moderno vol XVI, 1900).

ra, e più rari ancora sono quelli in cui, insieme ai testicoli, manca anche l'asta, sicchè, colla mancanza di sviluppo delle glandole genitali dell'embrione, colla mancata attività e proliferazione di quelle parti dei corpi di Wolff che con queste si fondono e concorrono alla loro formazione, coincide altresì l'arresto di sviluppo di quel rigonfiamento genitale che si nota fin dal secondo mese dell'embrione, e che al terzo mese è già riconoscibile come membro genitale futuro, arresto di sviluppo e mancante formazione del tessuto cavernoso al di sotto delle ossa del bacino. Dicevo, è l'esame psichico quello che ci fa definire quest'individuo un asessuale, perocchè in lui manca completamente qualunque istinto, qualunque tendenza sessuale normale od anormale: alla sua età in cui gli appetiti del sesso dovrebbero essere al massimo bollore, egli non tende nè verso le donne nè verso gli uomini, è completamente indifferente per tutti, e, pur rendendosi conto della sua posizione sotto un tal punto di vista, non se ne preoccupa, non se ne addolora; il che è in rapporto sia alla deficienza delle sue facoltà mentali sia alla deficienza o, meglio, alla assenza di quegli impulsi che dalla periferia arrivano agli organi centrali e da questi si ripercuotono poi verso la periferia. Certo è un argomento molto arduo quello di stabilire se l'origine prima di certi impulsi istintivi sia centrale o periferica; se, cioè, è dalle zone corticali che presiedono a certi determinati organi, perchè a queste zone vanno a metter capo le fibre nervose centripete o da esse emanano le centrifughe che quegli organi animano, se, dicevo, è da queste zone che partono gli stimoli che ne eccitano la funzionalità, o se sono le sensazioni della periferia quelle che si fanno risentire al centro, e vi si rivelano sotto forma di bisogno funzionale, vi si trasformano in impulsi istintivi. Se cre-

dessimo alla teoria del neurone, vale a dire alla unità anatomo-funzionale ed embriogenica dell'elemento nervoso dalla periferia al centro, forse sarebbe, in parte almeno, eliminata tale discussione, potendosi dire che è lo sviluppo della funzione appunto in questo elemento quello che da luogo simultaneamente al destarsi della funzionalità centrale e di quella periferica. Ma poichè questa teoria oggi pare in decadenza e non incontra più il favore della maggioranza degli anatomisti e dei neurologi, rimane tuttora da discutere se la funzione normale degli organi viscerali abbia il suo primo impulso dai centri o dagli organi medesimi. Si sa che tale quistione è stata fatta p. es. pel senso della fame e della sete ed è ancora discusso quale sia l'origine, la genesi di un tal bisogno; ma per l'istinto sessuale la cosa è molto più complicata, perchè nel bisogno sessuale sono mescolati tanti elementi psichici, che riesce impossibile determinare se tutto questo possa considerarsi come l'effetto di stimolazioni provenienti ai centri dagli organi destinati ad una tale funzione. È indubitato p. es. che la soverchia replezione delle vescicole spermatiche, per astinenza prolungata in rapporto alle individuali abitudini, da luogo ad uno stato di eccitamento nervoso, ne rende più sensibili agli stimoli sessuali, e così via dicendo; ma è da tener presente che l'atto sessuale nell'uomo non può ridursi tutto alla emissione del liquido spermatico, allo svuotamento di un secreto glandolare; è tutta una scarica di energia nervosa che in quel momento si effettua, specialmente nel sesso maschile; e, quindi, rimane il dubbio se sia proprio la distensione delle vescicole seminali quella che da luogo ad abnormi stimoli sui centri, e, quindi provoca quello stato eretistico di cui testè parlavo, o se sia invece l'accumulo di una tale energia nei centri medesimi.

E notisi che è un'energia quasi specifica, che non può avere altre vie di emissione e di scarica: quel che dice p. es. il Mantegazza circa i rapporti fra astinenza sessuale e lavoro intellettuale, per cui la prima è favorevole al secondo, e per cui chi si astiene dal coito produce molto meglio e più intellettualmente, e chi lavora col cervello poco sente i bisogni sessuali, pare, per lo meno, molto esagerato. L'abuso di qualsiasi funzionalità organica reca esaurimento generale di tutto il sistema nervoso, e, quindi, infiacchimento, temporaneo, ma che poi col ripetersi può divenire permamente; e così nuocciono gli abusi sessuali, come gli abusi muscolari, come quelli intellettuali; ma lo esercizio normale d'ogni funzione, giovando all'intero organismo, indirettamente riesce di giovamento alle altre funzionalità, e valgano di esempio gli esercizi sportivi e ginnastici, che, quando sono mantenuti in dati limiti, rendendo i giovani robusti e vigorosi, li rendono più atti al lavoro mentale più elevato di quel che possano essere altri gracili e mingherlini. Fondamentalmente l'energia nervosa è una, ma allo stesso modo che si manifesta or come recettività sensoriale, or come impulso motore, or come psiche, e quest'ultima come intelligenza, come sentimento, come volontà, del pari differenziasi come energia sessuale, diversa da tutte le altre possibili forme di essa. Or tale energia pare a me emani essenzialmente dai centri, pur ricevendo, poi, delle correnti rinforzanti dagli stimoli esterni od interni, che alle zone centrali arrivano dagli organi relativi, e lo dimostra, p. es., il fatto degli eunuchi molto eccitabili sessualmente e capaci perfino di erezioni, ed anche quello dei normali in cui l'eccitamento sessuale è fatto per 4|5 di lavorio fantastico, in cui lo stato degli organi genitali rappresenta il minimo degli elementi causali, lavorio immaginativo che non è

affatto in rapporto colla potenzialità sessuale dell'individuo e che si esagera negli stati non di soddisfacimento, ma addirittura di esaurimento della funzionalità sessuale.

Pur dando, però, a questi elementi psichici centrali la massima importanza, non puossi disconoscere quella che spetta agli stimoli provenienti dagli organi periferici nello svegliare, nello eccitare la funzionalità delle relative zone corticali. Nel caso nostro, poi, trattasi di un individuo il quale, oltre ad essere privo degli organi sessuali, è deficiente nello sviluppo cerebrale; quindi mancano entrambi i due ordini di correnti, sia, cioè, la corrente che dirò centrifuga, sia quella centripeta. È vero che negl'imbecilli molto spesso gl'istinti sessuali, pittosto che mancare, sono, anzi, esagerati, qualche volta magari pervertiti, ma in ogni modo esistenti; ma nel nostro è logico immaginare che i centri genitali nel midollo spinale, le vie di conduzione nervosa da questi centri alla periferia, e, poi da questi medesimi alla corteccia, colla quale deve esservi certamente un rapporto, quantunque dalle nostre cognizioni anatomiche non risulti, debbono essere atrofici, difettosi, come atrofiche e non ben sviluppate saranno quelle non ancora ben conosciute zone corticali in cui dette fibre vanno a metter capo. Il che non sarebbe se il P. fosse puramente e semplicemente un criptorco: perchè, in questo caso, non basterebbe la sua frenastenia a spiegarci l'assenza degl'istinti e delle tendenze sessuali; questa, invece, è l'argomento principale che ne induce a pensare che anche i testicoli manchino totalmente, o, quanto meno, sieno ad uno stato estremamente atrofico, direi quasi, rudimentario, nella cavità addominale, come rudimentario è, al di fuori di questa, l'organo copulatore.

*
* *

Nei difetti porencefalici congeniti riflettenti p. es. le zone senso-motrici della corteccia, non si osserva se non la paralisi di senso e di moto, l'abolizione della funzionalità del rispettivo arto, del rispettivo territorio d'innervazione periferica; ma non certo notasi, o, almeno, finora non è stata notata, l'assenza di quell'arto, anche quando l'anomalia cerebrale erasi sviluppata in epoche molto rimote dello sviluppo embrionale. Il che vuol dire che un difetto anatomico embrionale del cervello non induce se non una deficienza funzionale nel territorio innervato dalla regione non sviluppata; e difatti si sa che la corteccia non ha azione trofica, e che l'atrofia che si riscontra p. es. negli arti colpiti da paralisi infantile è più un fatto derivante dalla mancata funzionalità che da altro, mentre al contrario il difettoso sviluppo di un organo periferico porta per necessità l'atrofia delle vie e dei centri, della relativa rappresentanza, cioè, nell'asse cerebro spinale. È logico, quindi, nel caso nostro supporre che il disturbo primitivo embrionale sia accaduto precisamente in quei tessuti germinali d'onde dovevano svilupparsi gli organi interni ed esterni della generazione; e che questo disturbo siasi ripercosso sull'asse cerebro spinale, dandovi luogo a difetto nella evoluzione di quelle vie fibrose e di quei centri cellulari che con detti organi hanno rapporti, e, quindi, alla assenza completa degl'istinti sessuali e di tutto il lato psico-sessuale della personalità, di quanto, cioè, nella psiche ha rapporto cogli organi e colle funzioni genitali.

Ammettiamo, dunque, che nel sistema nervoso di questo giovanetto, ove fosse dato farne l'esame anatomo-pa-

tologico, troveremmo, o sotto forma di porencefalia, o sotto altra che siasi, una deficienza nello sviluppo di certe date zone cerebrali e spinali, di quelle, cioè, che sono o dovrebbero essere in relazione cogli assenti organi sessuali; e ciò perchè, non essendosi sviluppata la parte periferica di questi neuroni o di questi aggruppamenti cellulari donde doveva risultare la via di conduzione cortico terminale, non ha potuto neanche svilupparsi ed aver vita quella centrale.

∴

Ora, ammesso ciò, è da pensare che la coesistenza di una tale anomalia e della semplicità di spirito in questo individuo sia una pura e semplice coincidenza, o deve credersi che esista, fra questi due fatti, un nesso causale ed intimo, più di quanto a prima vista non apparisca ?

Dal punto di vista anatomico deve notarsi, che l'atrofia di una data zona del sistema nervoso, e sopratutto di una zona corticale, non è indifferente per lo sviluppo del rimanente dell'organo, e ciò forse per le relazioni vasali sanguigne e linfatiche fra l' una e l'altra regione; forse per le relazioni fibrose d'associazione, giacchè il cervello non è che un vastissimo sistema associativo, e il Bianchi (1) p. es. ha dimostrato varii fasci che servono a collegare le varie zone della corteccia coi lobi frontali, in cui egli crede che i portati della funzionalità delle diverse zone si fondano e subiscano la più

(1) Bianchi — Sulle degenerazioni discendenti nodo - emisferiche seguite all'estirpazione dei lobi frontali (Annali di Neurologia Anno XIII, fas. III e IV).

elevata elaborazione. Ora, è chiaro che, mancando una sezione di questa vasta superficie corticale, mancheranno o saranno atrofiche tutte le fibre che ne partono o vi mettono capo, il che indurrà di necessità un'alterazione in tutte quelle altre regioni a cui esse rispettivamente arrivano o da cui provengono, essendo oramai assodato da numerose ricerche sperimentali, che come la privazione del centro cellulare da luogo alla degenerazione ed atrofia del cilindrasse fino alla periferia, così, viceversa, il taglio della fibra altera la nutrizione del capo centripeto di essa fino alla cellula. È certo che nelle paralisi infantili si ha, per lo più, un difettoso sviluppo della intelligenza, che è tanto più marcato quanto più precocemente si è svolto il processo encefalitico, ed è più marcato ancora quando, in luogo di questo, trattasi di una porencefalia congenita e riferentesi alla vita intrauterina; tanto è vero che esiste in patologia il gruppo delle idiozie che si son chiamate cerebroplegiche, dovute, cioè, all'esistenza di difetti localizzati e parziali del cervello, gruppo che da alcuni si vorrebbe estendere al punto da ammettere quelle che il Freud (1) ha chiamato cerebroplegie senza paralisi, e che rappresentano « le forme abortive, o, forse, gli ultimi reliquati di processi che determinano le cerebroplegie propriamente dette » (Tanzi) (2). Sicchè il Konig (3)

(1) Freud — Die infantile Cerebrallähmung (Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von H. Nothnagel, B. IX, Wien, 1897).

(2) Tanzi — Sui rapporti della cerebroplegia infantile coll'idiozia (Rivista di patologia nervosa e mentale, 1899 fasc. V).

(3) W. Konig — Ueber die cerebral bedingte complicationen welche die cerebrale Kinderlähmung wie der einfacher Idiotie gemeinsam sind (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, B. IX. H. 3 4 1897).

Ueber die bei den cerebralen Kinderlähmungen in Betracht kommenden prädisponirenden und etiologischen Momente (Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde B. XIII H 1 2 1898).

arriva a supporre che vi possano essere dei casi di cerebroplegia in cui i sintomi motori si riducono a minimi termini, in modo che non è possibile da loro dare il nome alla forma clinica, ma esistono, però, sempre, per quanto larvati e non appariscenti: e degli altri, poi, in cui mancano addirittura, sicchè il quadro clinico si riduce alla semplice idiozia, forse perchè il processo si localizza in alcune regioni del cervello che non hanno funzioni motorie; suppone, quindi, che tutte le idiozie sieno cerebroplegiche, che idiozia e cerebroplegia sieno la stessa cosa, e che non si debbano ammettere idiozie puramente degenerative. Il Tanzi ha studiato l'argomento ed ammette i due gruppi, tracciando i caratteri differenziali fra l'idiozia cerebroplegica, morbosa, cioè, effetto di un processo patologico svoltosi nell'encefalo, e quella pura, che chiama idiozia volgare; e questo concetto, intermedio fra le vecchie e le nuove vedute, è, forse, quello che corrisponde più alla verità. Anch' egli, però, il Tanzi, crede che il gruppo delle idiozie strettamente teratologiche, di quelle che il de Sanctis chiama biopatiche, dipendenti da un puro e semplice arresto di sviluppo di tutto l'organismo e, quindi, anche del cervello, sia molto ristretto, e che, per lo più, l'idiozia e l'imbecillismo sieno il prodotto di processi morbosi svoltisi nel cervello nella vita intrauterina o nei primordi di quella extrauterina. In ogni modo, potrà discutersi sulla maggiore o minore estensione, che deve darsi al concetto dell'idiozia cerebroplegica, ma è indubitato che essa esiste, non è da mettersi in dubbio, cioè, che un difetto localizzato nel cervello arreca disturbi nell'intero sviluppo e nella intera funzionalità cerebrale e sopratutto psichica; e recentemente il Donag-

g i o (1) ha descritto un caso, che egli veramente classifica fra le idiozie volgari, ma in cui ha trovato, insieme a microcefalia e micromielia, ipoplasia della regione corticale motrice e della via piramidale corticospinale. Questo rapporto, del resto, fra la funzionalità locale e quella generale del cervello è d'accordo coi concetti oggi prevalenti circa il modo di intendere le localizzazioni cerebrali, che è ben diverso da quello del G a l l, e che finisce col convenire essere il cervello essenzialmente uno nella sua funzionalità, è d'accordo con quel che si costata nella clinica, circa la difficoltà della diagnosi di sede delle lesioni encefaliche, appunto perchè una lesione in un punto del cervello ne disturba tutta intera la funzione, è d'accordo con quel che si rileva dall'esame di casi di distruzione localizzata di sostanza cerebrale, che dan luogo a perdita di determinate funzionalità nervose, e che finiscono per produrre, concomitantemente, un certo grado di affievolimento mentale, cosa che ha dimostrato e su cui ha insistito molto il B i a n c h i, specialmente per quel che riguarda i centri del linguaggio.

Morfologicamente, infatti, ho potuto dimostrare, coll'esame istologico di un caso in cui a perdita di sostanza dei lobi frontali era conseguita una frenosi epilettica (2), come le lesioni cellulari, dalla zona primitivamente lesa, si diffondessero a tutta la corteccia; e psico - fisiologicamente si sa che le funzioni psichiche risultano dalla fusione, coordinazione ed elaborazione, pro-

---

(1) Donaggio — Idiozia e rigidità spastica congenita (Rivista sperimentale di Freniatria, Fasc. III e IV, 1901).

(2) Sull'epilessia nelle lesioni dei lobi frontali (Annali di Neurologia, 1899, Fasc. 4 - 5).

babilmente in aree speciali della corteccia, di tutto ciò che è il prodotto del lavorio di territori nervosi o subcorticali o corticali di bassa funzionalità; anzi oggi, dietro le vedute del Flechsig che divide il mantello cerebrale in centri di associazione e centri di proiezione, tendesi appunto a dividere le funzioni senso - motorie, che sarebbero localizzate nei secondi, da quelle più altamente psichiche, che si compirebbero nei primi, i quali giusta una ipotesi del Tanzi (1), potrebbero avere funzioni psichiche sempre, ma differenti nei due emisferi, essere, cioè, unilaterali, come è già dimostrato pei centri della parola. Posto ciò, è chiaro che la mancanza o la deficiente funzionalità di una zona, di un centro più basso induce una diminuzione del materiale apportato alla elaborazione psichica, e, quindi, mena ad un deficiente sviluppo di questa più elevata facoltà. E perciò che il sovraccennato rapporto è tanto più evidente e marcato, quanto più elevate sono le funzionalità dei centri difettosi ed abnormi: il cieco nato per lesione centrale p. es., è più debole intellettualmente di quel che sia chi ha congenitamente atrofico un arto (idiozia amaurotica di Sachs, Köplick, Kingdon e Russell, Ireland), appunto perchè il capitale, da utilizzarsi psichicamente, che è il portato della funzione visiva, è molto più esteso ed importante di quel che non possa essere quello dato dall'arto, e le più gravi forme di arresto psichico si associano al mutismo o al sordomutismo congenito, non solo, ma il Bianchi crede poter asserire, in seguito a sue osservazioni, che la perdita, anche in età adulta, di uno dei centri del lin-

(1) Tanzi — Una teoria delle allucinazioni (Rivista di Patologia nervosa e mentale. Anno 1901).

guaggio, porta di per sè stesso a demenza (demenza afasica), specialmente se il centro perduto era di quelle immagini che l'individuo più utilizzava nel suo linguaggio, a seconda che era, cioè, un visivo, un motore o un uditivo.

*
* *

Nel caso nostro, può l'assenza, o, almeno, l'atrofia, l'aplasia dei centri e delle vie nervose riferentisi agli organi ed alle funzioni sessuali considerarsi come causa del mancato sviluppo psichico? può, insomma, fra i centri genitali, in qualsiasi punto sieno localizzati, e lo sviluppo della psiche, porsi lo stesso rapporto che mettiamo fra questo sviluppo e i centri p. es. della parola, o dei sensi specifici più alti? Constato alcuni dati di fatto.

Un accrescimento rapido nella potenzialità, nell'energia intellettuale, accompagnato a notevole cangiamento del carattere, a mutamento profondo ed orientamento nuovo della personalità si verifica, in entrambi i sessi, in coincidenza dello stabilirsi e dello svilupparsi delle secrezioni delle ghiandole genitali, ed, in generale, di tutte le funzioni riferentisi alla sessualità; sicchè fra l'inizio di queste funzioni e il sopradetto sviluppo psichico, può notarsi lo stesso rapporto che intercede fra un tale inizio e lo sviluppo di alcuni di quelli che chiamiamo caratteri sessuali secondarii: il crescere dei peli sul pube in entrambi i sessi, l'aumento di volume del laringe nell'uomo, delle glandole mammarie nella donna, il crescer dei baffi nei maschi, e così via dicendo, tanta è stretta la connessione fra le due cose. Collo stabilirsi, infatti, di questa nuova funzionalità, che esorbita dai limiti dell'organismo individuale, e fa dell'individuo una cellula dell'organismo collettivo, coll'insorgere di

tutte le nuove sensazioni che han punto di partenza, diretto od indiretto, dagli organi sessuali, e che danno origine, nei centri psichici, a nuovi bisogni, a nuove aspirazioni, a nuovi desiderii, a nuove idee, è logico e naturale che l'orizzonte della psiche debba allargarsi, abbracciando appunto una sfera più vasta: ed è perciò che uno dei fenomeni principali a constatarsi in quest'età è l'aumento delle facoltà immaginative e fantastiche, derivante appunto dal fatto che al mondo individuale si sostituisce, come scopo dell'interessamento del soggetto, il mondo collettivo. É precisamente la funzione della sessualità quella che ricollega ogni individuo alla specie; allo stesso modo che la cellula seminale è, nell'organismo singolo, il rappresentante di tutte le generazioni che lo han preceduto ed il legame che lo congiunge a quelle che verranno, così la funzione sessuale, che sta a base del più elementare organismo sociale, che è la famiglia, stabilisce e da origine non solamente ai legami ed ai sentimenti strettamente erotici, ma a quelli di filialità, di paternità, a tutti i molteplici legami di parentela, e, quindi, diventa il fondamento delle più vaste organizzazioni e dei più elevati sentimenti sociali, che su di questi si ergono e in questi riconoscono la genesi loro. È, d'altra parte, per questo così rapido affluire di nuovi ed abbondanti materiali alla fucina cerebrale, e per il consecutivo lavoro che, conseguentemente, a questa si impone, che è precisamente a quest'età che si rivelano le deficienze, anche lievi, nella validità e nella potenzialità funzionale degli elementi nervosi; donde la frequenza delle pazzie ebefreniche, che sono l'espressione, appunto, dell'incapacità del cervello a compiere l'anzidetto lavoro.

Con questi dati, derivanti dalla maniera odierna di concepire lo sviluppo ed il modo di funzionare e di evol-

versi del cervello e delle facoltà intellettuali, noi diamo interpretazione ai fatti rilevati dal Venturi, e giustifichiamo l'importanza che egli, fin dal 1892, (1) dava alla vita sessuale nella psicologia fisiologica e patologica, fino a fondare, sui fenomeni di essa, la classificazione di tutte le psicopatie, ed insisteva sui danni che il mancato esercizio di questa funzione produce sullo sviluppo sopratutto morale, notando p. es. il fatto dei preti cattolici, « educatori che mirano a fissar delle « forme, ma non sentono i palpiti e l'anima dell'individuo, moralisti che guardano al domma e non avvertono la ragione, uomini che ubbidiscono alla ragione « e non pensano ai bisogni dello spirito, anime rigide « spogliate d'umanità, alle quali è imposta la cura dell'istituzione e imprecano agli ideali dell'uomo e ai « destini della specie ».

Precisamente allo stesso modo, coincidono decadimento delle facoltà mentali, mutamento del carattere, collo estinguersi della funzione sessuale. Si potrebbe dire: è l'involuzione di tutto l'organismo che da luogo a questi fenomeni nella psiche; ma la ragion vera di una tale involuzione noi non la conosciamo, e non possiamo dire fino a qual punto contribuisca a determinarla l'atrofia che si verifica nelle glandole genitali. Sta il fatto che nella donna, in cui così il principio come la fine della vita sessuale sono nettamente demarcati e contrassegnati dallo stabilirsi e dal cessare delle mestruazioni, è appunto la menopausa quella che inizia, che inaugura il periodo dell'involuzione senile, che è il primo di tutti quei processi che la costituiscono e la caratterizzano: ed anche nell'uomo, nel maggior numero dei casi al-

(1) Venturi — Le degenerazioni psico-sessuali Torino, Bocca 1892.

meno, forse non è esagerato dire che la prima a risentire la forza logorante degli anni, fra tutte le funzioni organiche, la prima energia di cui si avverte la diminuzione è quella sessuale; salvo, dicevo, pochi casi, a 50 anni un uomo potrà mangiare e digerir bene, potrà esser capace di un pesante lavoro muscolare, ma il vigore degli istinti genitali non è più quello, e in certe pugne rischia di non riportare la palma della vittoria.

Si sa, del resto, che la causa intima e la vera natura dell' involuzione senile non sono ancora ben assodate. Il Reveillé-Parise (1) p. es. considera come fatto primitivo il disturbo della respirazione, il Demange ed altri danno la massima importanza all' arteriosclerosi, mentre il Brault (2), il Letulle (3), il Boy Tessier considerano le sclerosi viscerali come fatti autonomi, che sarebbero cause e non effetti dell' arteriolite e dell'arterite croniche. Brousse e Huchard (4) vogliono riferir tutto all'intossicazione cronica pei processi di disassimilazione; ed il Boy Tessier, ispirandosi alle idee del Sabatier (5), nota che le cellule più differenziate perdono il potere germinativo, l'attività vitale che erano state loro trasmesse fin dalla nascita, potere che rimane a quelle del connettivo, che, quindi, colmano i vuoti lasciati dalle prime quando si atrofizzano. Tutte queste teorie, in fondo, hanno ognuna qualche cosa di vero, e, come in molte cose, la ve-

(1) Reveillé Parise — Traité de la vieillesse — Paris, 1853.

(2) Brault — Étude sur l' inflammation — Archives généraux de Médecine, 1898.

Les arterites — Leur role en pathologie.

(3) Letulle — L'inflammation.

(4) Huchard — Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux.

(5) Sabatier — Essai sur la vie et la mort, Parigi 1892.

rità sta nell'eccletismo, a cui, pel caso in ispecie, arriva, in parte almeno, il Le Noir (1). Il fatto più essenziale è, senza dubbio, la diminuzione dell'attività vitale cellulare; ma la sclerosi delle arterie e dei varii parenchimi, che in parte ne sono la conseguenza, i processi di intossicazione, la diminuzione dell' ossidazione del sangue, e così via dicendo, diventano, a loro volta, elementi causali, e contribuiscono a vieppiù ledere le funzioni nutritive, e a diminuire ancora di più le attività cellulari, già spontaneamente diminuite. Or, fra queste influenze diverse, non apparirà strano che io annoveri anche quella che tiene alla mancata funzione delle glandole genitali. Da Brown Sequard in poi, infatti, si sa che queste hanno non soltanto una secrezione esterna, ma anche una interna, nel senso che i prodotti della disassimilazione del loro lavorio funzionale si versano nella linfa e nel sangue e ne modificano la costituzione, non solo, ma hanno un' influenza sul sistema nervoso e sul trofismo organico in genere; principio su cui è sorta e fondata la opoterapia, specialmente quella col succo testicolare ed ovarico. Il Tomasini ha emesso l'ipotesi che all' influenza di questa secrezione ed alla sua differente natura nei due sessi, sia dovuto lo sviluppo dei caratteri sessuali secondarii. Vi è, quindi, niente di strano nel supporre che sia la mancanza di queste secrezioni, non certo l' unica, ma una delle cause, che, agendo in concomitanza con altre, dà luogo al decadimento anatomico e funzionale di tutti gli organi, e specialmente del tessuto nervoso? Il decadimento psichico, certamente, non è che uno degli effetti, una delle manifestazioni della generale involuzio-

(1) P. Le Noir — Alterazioni anatomiche non inflammatorie (Patologia generale diretta dal Bouchard, Vol. IV).

ne, e, specialmente, è l'espon ente della sclerosi cerebrale, dei processi degenerativi o di alterata nutrizione che incolgono una parte almeno delle cellule corticali; ma, oltrechè queste possono essere anche in rapporto, come dicevo, colle mancate secrezioni sessuali, è da rilevare che una delle note essenziali del cangiamento di carattere che accade nei vecchi è il predominio dell' egoismo, il quale può mettersi in relazione col venir meno di tutti quei sentimenti cui sopra accennavo, aventi base nella se ssualità: il vecchio diventa egoista, si concentra in sè stesso, appunto perchè si spezza quel filo che lo legava all'ente collettivo, e con esso si affievoliscono tutti gli affetti coniugali, parentali, sociali, non arrivano più alla sua coscienza tutti gli stimoli che lo avvertivano dover egli contribuire alla vita del tutto, e quindi è che i sentimenti altruistici vanno in lui mano mano spa rendo, egli ritorna fanciullo, non provvede, cioè, se non alla vita individuale, non pensa se non a ciò che riguarda il proprio individuale organismo. Il fanciullo e il vecchio sono egoisti, sono esseri eminentemente asociali; l'uomo sociale è solo il giovane e l'adulto, l'uomo, cioè, che attraversa quel periodo della vita in cui si esercita e si compie questa funzione: la riproduzione della specie, funzione per la quale può dirsi che l'individuo nasce ed esiste, e senza della quale l'esistenza individuale non avrebbe scopo nè significazione: ogni uomo non fa, dalla nascita alla pubertà, che acquistare il grado di perfezione organica necessaria a questa funzione, e, dopo che essa più non esiste, comincia lentamente ad involversi, avviandosi alla fine: è questo il ciclo della vita umana.

Sarebbe andar troppo per le lunghe annoverare i danni che si verificano, specie nella donna, per la forzata soppressione di questa funzionalità, danni rilevati,

come dicevo, nella succitata opera del Venturi; certo è che, senza andare nelle esagerazioni degli antichi, non può dubitarsi che molti disturbi isterici sono dovuti a questa causa, come è certo che, salvo rare eccezioni, i castrati sono, per lo più, di debole intelligenza, o quanto meno, *pusillanimi*, *codardi*, *senza vigore*, *senza energia* (1), e si sa che la codardia, la deficiente fiducia in sè stesso è un effetto della scarsa energia funzionale delle più elevate cellule nervose; e sono noti i cangiamenti di carattere, fino a vere e gravi forme psicopatiche, che nelle donne possono seguire alla castrazione ovarica. So che non si può affermare, come dicevo di sopra, l'inverso, cioè, che tutti i deficienti intellettualmente sieno deboli nelle funzioni sessuali; ma, prima di tutto, si sa che questi individui sono potenti sì, ma sterili, e poi io adesso considero l'influenza che le funzioni sessuali hanno sul cervello, e non il contrario; nei casi sovraccennati vuol dire che la diminuita funzionalità cerebrale tiene ad altre cause che colla sessualità nulla hanno da fare.

Per venire al caso in esame, poi, dirò che questo fanciullo è stato condotto in Manicomio proprio poco tempo dopo quell'epoca in cui avrebbe dovuto verificarsi lo sviluppo pubere; il che vuol dire che è stato proprio in quest'età che si è accentuato, almeno, reso evidente, il di lui difetto mentale; prima d'allora questo, se pure esisteva, doveva essere in minime proporzioni, sì da sfuggire all'osservazione comune, da non dare manifestazioni tali che lo avessero reso incompatibile nella vita sociale; è precisamente, dunque, questo accrescimento nella energia cerebrale che, come dicevamo, ac-

(1) Delbot — Semiologia degli organi genitali (Patologia generale diretta da Bouchard, Vol. V).

cade in coincidenza dell' epoca pubere, quello che qui non si è verificato, appunto perchè non si è verificata la pubertà, non si sono stabilite le secrezioni sessuali.

Difatti, l' imbecillità sua ha una fisonomia speciale, consistendo, precisamente, in un infantilismo psichico; egli, in sostanza, comprende tutto, si orienta nell' ambiente, e così via dicendo: quel che manca in lui sono i prodotti più elevati della psiche, quelli che, a 19 anni, dovrebbero far di lui un essere sociale, che dovrebbero conferirgli il valore suo rispetto all' organismo collettivo, mentre egli, pur essendo sufficiente a sè stesso, è inetto a qualsiasi funzione che colla collettività appunto abbia rapporto, cominciando ad avere deficienti, atrofici, i più elementari sentimenti, che son, poi, quelli, che, come dicevo, hanno più intime relazioni coi legami che son stabiliti dalle funzioni riproduttive, cioè, i sentimenti affettivi e familiari, e poi quelli di più elevata sociabilità. E contemporaneo all' infantilismo psichico è anche l'infantilismo organico, per cui egli, imberbe, basso, piccolo di statura, ha tutto l'aspetto di un fanciullo, mentre dovrebbe essere un giovane; e quell' aumento di statura, quel crescere dei peli e simili cose all'epoca pubere vanno, come dicevo, anch'essi fra i caratteri sessuali secondarii, connessi allo sviluppo sessuale, come va fra questi caratteri il cambiamento di forma e l' aumento di volume del laringe, che in lui non si è verificato, sicchè quest'organo ed il collo han conservato una forma che, più che femminile, potrebbe dirsi infantile, non differenziata, cioè, non presentante quelli che in questa regione sono i caratteri e le differenze sessuali. E questa indifferenziazione notasi altresì nel sistema peloso, deficiente in tutto il corpo e specialmente sul pube, e nel resto delle sue forme: nel petto, nelle natiche, ecc., che non sono nè maschili nè assolutamente femminili.

.:.

Esiste, dunque, un imbecillismo asessuale? Da quanto finora si è detto credo poterlo affermare, attribuendolo in parte, e specialmente per ciò che riguarda l'arresto di sviluppo corporeo, alla mancata azione, sul trofismo organico, di quei principii, ancora ignoti, che costituiscono le secrezioni interne delle ovaie e dei testicoli, in parte, invece, all' influenza anatomica e fisiologica, che, sullo sviluppo e sulla funzione di tutto intero il sistema nervoso, può avere il difetto di una zona, di una parte, di un centro, di un sistema di cellule o di fibre, conseguenza dell'atrofia di dati organi, e, nel caso in ispecie, all'influenza che ha sull'evoluzione della psiche, il mancato sviluppo di tutto quel mondo di sensazioni, di istinti, di sentimenti, di idee, che, direttamente od indirettamente, han radice e punto di partenza negli organi e nelle funzioni destinati alla riproduzione della specie. Sono queste funzioni quelle che legano l'individuo, materialmente e moralmente, all'infinito cosmo, alla eterna catena degli esseri viventi; e, a chi ben guardi, è tanta la parte che esse giocano nella vita di ogni individuo singolo e in quella della società e della specie, che non parrà esagerata l'affermazione che colui che di queste funzioni è assolutamente e congenitamente privo, deve di necessità rimanere ad un livello mentale inferiore, vivere una vita psichica notevolmente più bassa. Andrebbe una tal forma di imbecillismo nel gruppo di quelle che il Freud, il König, il Tanzi chiamano idiozie cerebroplegiche, e che

il De Sanctis (1) crede meglio chiamare cerebropatiche, essendo una tale denominazione più comprensiva e lasciando impregiudicato qualunque giudizio sulla natura del processo morboso cerebrale. Quest' ultimo autore, però, ha messo in luce il fatto che, fra questi due gruppi di idiozie, cerobropatiche e biopatiche, non vi è una linea netta di demarcazione, avendo egli trovato l' eredità nevropatica non soltanto negli imbecilli senza sintomi motori, aparetici, cioè, ma anche nella massima parte delle frenastenie con sintomi motori. Ora, anche nel caso in esame tale eredità nevropatica grave esisteva, come si rileva dalla storia, eredità anzi specifica, essendo il padre e la madre alquanto deboli di mente. Il che significa che o anche il morbo o il difetto cerebrale congenito è, per sè stesso, legato alla suddetta eredità, essendo, forse, l' esponente di una invalidità generale del sistema nervoso e del difettoso sviluppo del germe, o che non produce, tal morbo, notevole difetto intellettuale se non in quei casi in cui il detto sistema è ereditariamente debole, il che spiegherebbe come, in alcuni casi, identici processi non dien luogo a gravi frenastenie, potendovi essere individui affetti da paralisi infantile o, per stare all' argomento nostro, da difettosità negli organi genitali, che non presentano rimarchevoli anomalie nell' organismo fisico e psichico.

Se, dunque, negli idioti e negli imbecilli hanvi sempre, come ha rilevato il Venturi, disturbi più o meno notevoli delle manifestazioni varie, somatiche o psichiche, della funzionalità sessuale, d' altro canto vi

(1) De Sanctis — Intorno alla patogenesi ed alla classificazione delle frenastenie (Sunto della Relazione al Congresso Freniatrico di Ancona, Annali di Nevrologia, 1901, fasc. VI).

sono dei casi nei quali appunto la mancanza degli organi sessuali e della relativa funzione può esser causa di arresto di sviluppo cerebro-psichico, di una forma speciale di imbecillità. A mettere in luce questa peculiare forma e questa speciale patogenesi della deficienza psichica ho creduto degno di nota questo caso clinico, prescindendo dall'interesse che esso può presentare per la rarità dell'anomalia teratologica che in esso si riscontra.

Nocera Inferiore, Gennaio del 1902.

N. B. Avevo scritto queste pagine quando ho letto un caso comunicato dal Variot alla Società di Pediatria di Parigi, caso che egli intitola «Distrofia orchidica», riferentesi ad un fanciullo di 12 anni con ectopia testicolare addominale, e che faceva rilevare: adiposi generale, specie a livello del pube, e nelle natiche, asta piccola e scroto rudimentario, timidità estrema, intelligenza poco sviluppata. Egli aveva inoltre incontinenza diurna e notturna delle urine e leggero grado di strabismo, ed aveva cominciato a camminare a quattro anni e mezzo. L' A. attribuisce tutti questi sintomi alla insufficienza delle secrezioni testicolari, e crede perciò indicata la opoterapia testicolare; io, però, ritengo che una tale introduzione artificiale di succhi orchidici non possa supplire quella graduale e continua che si verifica dai testicoli normali, e d'altro canto credo che essa non possa modificare gli arresti e le deviazioni di sviluppo già annunciate. Ad ogni modo, poi, tale cura potrebbe influire sui fenomeni somatici non però su quelli psichici, dato che questi tengono, in parte almeno, all'assenza degli istinti sessuali e dei sentimenti ed idee che ne derivano.

Nelle stessa società l'Apert e il Guinon riferirono altri casi di infantilismo accoppiato a criptorchismo, in cui però vi era anche atrofia della tiroide e che furono curati vantaggiosamente con l'estratto tiroideo. Il mio caso non rassomiglia a questi; debbo dire, però, che in imbecilli con atrofia o con degenerazione cistica della tiroide la cura tiroidea o quella timica non mi ha dato nessun risultato concernente lo sviluppo psichico.

Manicomio di Firenze diretto dal Prof. **Eugenio Tanzi**

La tendenza al suicidio ed i suicidî negli alienati

PEL

DOTT. RAFFAELLO GUCCI

Medico Primario

« Nulla v' ha che più metta in ansietà le persone « preposte alla custodia ed alla cura degli alienati quan- « to un ammalato in preda ad una incessante impulsio- « ne al suicidio, che può decorrere spesso senza apprez- « zabile disordine della intelligenza ». Così Maudsley comincia, venendo a trattare della pazzia suicida; ed io, essendo persuaso della verità di simile fatto, sono venuto nella determinazione di esporre quanto è di mia conoscenza sullo argomento, tanto più che si trovano buonissimi trattati di psichiatria che non ne fanno parola, altri che ne parlano appena, ripetendo cose già note. Farò per primo una rapida rivista di quelli alienisti che maggiormente si sono occupati dell' argomento, e brevemente esporrò le loro idee in proposito, attenendomi solo a quanto può interessare la nostra specialità essendo stato scopo dei più di sorpassarne i limiti, ed attratti dalla bellezza del tema, di considerare nel suicidio più la importanza sociale, che quella la quale può avere

nel campo della patologia mentale. Essendo la parte pratica che può interessare un medico di Manicomio, quella che è stata fino a qui più trascurata, è di questa che principalmente mi occuperò, cercando di mettere in evidenza in quanti ammalati ed in quali forme di frenopatie, la tendenza al suicidio si presenti, in quali circostanze e quante volte i pazzi dominati da questa, possano mettere in esecuzione il loro proposito.

Degli autori che ne hanno scritto, primo fra tutti va rammentato l'Esquirol, il quale trattò del suicidio con molta competenza, portando molti fatti e cifre a conforto delle sue opinioni. Scegliendo fra questi, dirò che egli riconosce essere la melancolia e l'ipocondria, per il delirio che presentano, le cause più ordinarie del suicidio; però ritiene che nel delirio febbrile e nella mania, uno si suicida più di frequente di quanto si vada comunemente reputando. Ammette anche il suicidio nella monomania ed in questa lo ritiene quasi sempre provocato da allucinazioni ed illusioni. Le stagioni hanno influenza sui suicidi e pure l'età, avendosi questi più numerosi nei trimestri di Aprile e di Giugno e nella età che corre fra i 20 ed i 50 anni. L'Esquirol per il primo ha dato il rapporto nel numero dei suicidi fra gli uomini e le donne di 3 a 1, e questo tutte le ulteriori ricerche hanno sempre confermato.

L'aver considerato l'argomento dal punto di vista più elevato, non trattiene il dotto alienista francese da scendere a dare consigli sul come devono essere trattati nei Frenocomi i malati con questa tendenza; consigli così ben conosciuti che stimo inutile ripetere.

Nel Manicomio di Charenton da lui diretto, su di una popolazione di 1100 a 1200 malate, delle quali 100 almeno, avevano fatto tentativi per togliersi la vita, nello spazio di 10 anni, ha avuto solo 4 suicidi.

Scipione Pinel tratta pure abbastanza estesamente lo argomento, ma con poca originalità ed ammette: il *suicidio volontario* od impulsione morbosa, che porta l'uomo ad uccidersi per il pervertimento dello istinto della vita, ed il *suicidio accidentale* o dovuto all'effetto fortuito di un errore, d'una illusione, d'un bisogno irreflessivo di muoversi.

Il Marcè ha trovato il suicidio nel melancolico ed anche nel maniaco, ma ritiene più pericoloso il monomaniaco che dissimula accuratamente il suo progetto e finge anche di averci rinunziato, mentre in realtà si dispone a quello con una finezza ed una perseveranza appena incredibili.

Ammette la monomania impulsiva e quelli che ne sono affetti, senza causa, senza alcuna sorta di disgrazie, provano dei veri accessi, durante i quali il suicidio si presenta al loro spirito con violenza irresistibile, malgrado sorbino di tutto coscienza perfetta.

Il Dagonet, trattando della follià impulsiva opina che negli alienati il suicidio sia prodotto da due ordini d'influenze e si abbia: 1.ª con rapporto diretto fra il suicidio ed il genere di delirio, 2.ª senza alcun rapporto di simil genere fra lo stato attuale ordinario dello alienato ed il suicidio. In tal caso è quest'ultimo il resultato di un turbamento cerebrale che annienta in quell'istante la coscienza od almeno tutta la volontà, ed il malato si ferisce senza alcun motivo logico, obbedendo ad un cieco istinto del quale non sa rendersi conto.

Bucknill e Tuke si fermano pure a considerare questo argomento, nel trattare la forma mentale da essi chiamata follia suicida, ma però venendo alle conclusioni già note.

Il Maudsley è più originale. Per esso i deliri che sono accompagnati più di sovente da suicidio, sono

quelli di dannazione o di rovina universale del mondo. È strano che il delirio di dannazione porti al suicidio, ma qui la natura si mostra più forte della credenza, per un impulso le cui radici poggiano al di là di ogni motivo cosciente.

L'individuo che senza delirio è dominato dall'idea fissa del suicidio, differisce dal melanconico ordinario ed è più pericoloso di questo perchè pare sano e può giungere a deplorare la tendenza pericolosa, a felicitarsi di esserne sbarazzato, per poi tornare a metterla in esecuzione alla prima occasione.

La felicità di vivere è costituzionale ed è differentissima nelle varie persone, alcune delle quali l'hanno in un grado molto debole, altre invece in uno altissimo. Le persone che la posseggono in debole grado, se sono sagge, combattono tale tendenza all'annichilamento col lavoro, dal quale traggono dolci consolazioni; se invece sono degenerate, si abbandonano all'abuso di alcoolici. La vera forza contro il suicidio è lo amore istintivo della vita, istinto che è la espressione nella coscienza della proprietà fondamentale di tutti gli elementi organici viventi di assimilare e di aumentare, e quando il temperamento di un individuo è tale che egli non s'interessa della vita, ciò indica un difetto di questa forza e di questa energia organica fondamentale.

Il Kraepelin collega la tendenza al suicidio con gli stati d'ansia, con disturbi della coscienza, od anche con una semplice melanconia senza alterazione veramente apprezzabile del criterio. Parla della grande raffinatezza messa in opera a raggiungere l'intento e della necessaria sorveglianza, non nascondendo che malgrado questa, il malato si può togliere gli occhi, la lingua ed anche fratturarsi il cranio sotto gli occhi stessi dei serventi.

In Italia col libro del Morselli « Il suicidio » abbiamo l'opera più estesa, più ricca di dati statistici e, quello che più monta, condotta con più sano e rigoroso metodo scientifico, che conti la letteratura medica e filosofica, sopra tale tema. Il Morselli conferma la proporzione data da Esquirol fra gli uomini e le donne, con tutti i dati stati ritrovati in seguito; legge che offre, nelle diverse regioni, solo piccole oscillazioni. La donna secondo il citato autore sarebbe di preferenza condotta a tale atto, dalle cause fisiche più che dalle morali e su di essa avrebbero azione prevalentemente le diverse forme di pazzia, la pellagra e le differenti malattie cerebrali; negli uomini al contrario predominerebbero i motivi che più direttamente dipendono dalle difficoltà della vita nella lotta per l'esistenza.

Con ricca messe di fatti, conferma che il suicidio aumenta in ragione diretta della età ed è più frequente nei celibi che nei coniugati. Per esso nel 50 0[0 dei casi noti, il suicidio è dovuto a cause patologiche della più svariata origine e natura. La monomania è la forma morbosa mentale in cui il suicidio è più frequente; infatti questa in Italia apparirebbe 5 volte più frequente delle altre forme, secondo la statistica del Verga (1866-1877); con uguale predominanza apparirebbe in Francia. Nelle statistiche della Germania, sarebbero invece in prima linea i melancolici, i quali rappresenterebbero i due terzi delle morti volontarie. Si avrebbe poi, che i suicidî da mania sono i meno frequenti, e che sono pochi anche quelli dei frenastenici; che inoltre, esistono rapporti costanti fra l'alcoolismo ed il suicidio.

L'Antonini, ha pubblicato una sua conferenza in cui dà importanti consigli ai medici pratici del come debbano comportarsi, avendo in cura un malato con tendenza al suicidio. Per la frequenza, i malati pericolosi

sono da classarsi così: 1.° i melancolici, 2.° gli alcoolizzati, 3.° gli epilettici, 4.° i degenerati 5.° i malati affetti da paralisi generale e da delirio acuto febbrile.

L'Angiolella nel Congresso psichiatrico di Napoli (1899), ha fatto una comunicazione sull'argomento. Per esso è frequente il suicidio nei melancolici, tanto semplici quanto sul fondo frenastenico od isterico, oppure con stato nevrastenico-ipocondriaco: nel primo caso la ragione che spinge a togliersi la vita è la esagerazione patologica di un dolore normale; nel secondo lo esaurimento nervoso e l'alterata cenestesi, per la quale il candidato, non sentendosi più bene, prende in uggia la vita. Il carattere che ne resulta è opposto a quello dei paranoici, per modo che nessun paranoico vero e nessun criminale per la identica causa è suicida. Non ha trovato nessun caso lungamente premeditato, ma sempre impulsi seguiti da rapida esecuzione e ciò in rapporto con la speciale modalità del carattere nevropatico. Quelli che si uccidono sentono molto bassamente i legami cogli altri uomini ed i doveri verso di questi, e considerando la vita non come un dovere, ma come una sorgente di piacere, ed essendo sprovvisti della capacità di adattamento alla convivenza sociale, cercano la morte quando la vita non corrisponde al loro falso ideale.

Dopo questa rapida rivista delle altrui opinioni, entro senz'altro nello argomento.

Per vedere in quali condizioni si trovi un Manicomio, rapporto a questa malaugurata tendenza, e così grave per le sue conseguenze, non ho saputo risolvere più praticamente la questione che prendendo un turno di alienati e facendo in proposito una specie di censimento, con lo aiuto delle storie cliniche dei malati in

quello esistenti. Il giorno prescelto per tale ricerca è stato il 31 Dicembre 1901 e ciò tanto per causale opportunità, quanto per seguire la vecchia consuetudine tenuta nel redigere le statistiche sugli alienati, che sono state compilate per tanti anni in Italia a cura del compianto Professore Verga. Ciò se dà il vantaggio di poter fare confronti, dà però lo svantaggio di prendere in esame il turno nelle migliori sue condizioni, perchè in tale epoca le ammissioni sono minori e quindi diminuisce il numero dei malati acuti, diminuisce il numero totale dei ricoverati ed oltre a ciò suol succedere in tutti una relativa calma ed un miglioramento. Non insisto su tale cosa perchè credo che nessuno che abbia pratica di alienati possa disconoscere tale verità.

Orbene, nel giorno sopra indicato, nella sezione uomini del Manicomio di Firenze, che ben conosco per ragioni d'ufficio, esistevano 405 alienati e di questi, 124 avevano notata nella modula informativa, tendenza al suicidio, 8 l'avevano notata nella storia clinica, avendola dimostrata durante la loro degenza al Manicomio; vi erano dunque in tutti 132 malati sopra 405 da invigilare, che se a questi fosse accaduta qualche disgrazia in qualsiasi condizione si fossero trovati, il fatto compiuto avrebbe dato torto alle previsioni più legittime, alle ragioni che avanti sarebbero apparse di maggior peso.

È poi un fatto che per un individuo, l'aver presentato tendenza al suicidio, costituisce sempre un pericolo, sia pure remoto, nelle forme ordinarie per il grado di inferiorità mentale in cui si trova uno, stato pazzo, rispetto ad uno normale e nelle intermittenti, per il facile ripresentarsi dello accesso, che può aver prodromi con cambiamenti solo affettivi o può insorgere ad

un tratto, come nella epilessia, in cui può rendersi pericolosissimo un individuo, che pochi momenti avanti sarebbe apparso a chiunque sano di mente. Eppoi giudicare sicuramente che un alienato si è reso del tutto innocuo verso sè stesso, è cosa molto difficile in taluni casi, e certi malati molto lucidi siano epilettici o no, sono da temersi più che non si creda; collo svantaggio, che mentre quelli bene alterati di mente sono tenuti in appositi locali e sono continuamente sorvegliati, questi, a causa del loro contegno molto regolare e della loro lucidità vengono passati al padiglione dei tranquilli, dove essendo più remoto il pericolo di sorprese è per questo abitualmente più rilasciata e stanca la sorveglianza. Eppoi questi ammalati, col tempo, per ottenere piccole ricompense, chiedono di lavorare nel padiglione, poi di lavorare anche fuori ed essendo per un pericolo molto lontano, cosa non saggia privarsi della loro opera, vengono adibiti alle più svariate occupazioni, acquistando così, piano piano, una grande libertà relativamente agli altri reclusi. Si vedrà in seguito, come qui non si tratti di semplice ipotesi, ma di fatto pur troppo vero, per modo che la distrazione col lavoro, da raccomandarsi sotto tutti i rapporti, mette talvolta nella scelta dei malati in un bivio il medico di manicomio, bivio dal quale non sempre può uscire con onore.

Malgrado tali considerazioni, credo poter fare una scelta fra i 132 individui in parola, distinguendoli in due categorie, in una delle quali si può ritenere scomparso ogni pericolo, nell'altra sia pure qualche volta molto remoto, pure persiste qualche pericolo, ed occorre perciò una speciale sorveglianza. Il resultato di tale scelta apparisce chiaro dal seguente prospetto, dove i sin-

goli casi sono divisi a seconda della malattia mentale presentata.

DIAGNOSI	Malati che hanno tendenza al suicidio, notata nella Modula informativa.	Malati che mostrarono tendenza al suicidio nel Manicomio	TOTALI	Malati da non ritenersi attualmente pericolosi	TOTALE dei malati da ritenersi pericolosi
Demenza precoce	26	4	30	4	26
Melanconia . . .	29	»	29	6	23
Follia epilettica .	19	»	19	»	19
» alcoolica .	6	»	6	1	5
Mania	9	2	11	9	2
Frenastenia . .	8	»	8	5	3
Follia circolare .	4	»	4	2	2
Paralisi progressiva	3	2	5	3	2
Pellagra	6	»	6	4	2
Paranoia persecutoria	7	»	7	6	1
Querelanti . . .	1	»	1	»	1
Corea	1	»	1	»	1
Paranoia ipocondriaca	1	»	1	1	»
Demenza senile .	3	»	3	3	»
Amenza	1	»	1	1	»
TOTALI	124	8	132	45	87

Stando al risultato ottenuto, si ha dunque il 32,59 per 0[0 dei malati che hanno notata tendenza al suicidio nella modula, o l' hanno dimostrata nel Manicomio, e il 21, 48 per 0[0 dei malati che si mantengono pericolosi a causa di questa tendenza, sia per la disposizione del loro umore, sia per il persistere invariato della malattia, sia per speciali idee deliranti, sia per cento altre speciali circostanze.

Volendo esporre con esattezza i fatti, occorre fare una nuova distinzione fra gli 87 casi stati giudicati pericolosi. Di questi 87 alienati, solo 14 sono sotto una continua e stretta sorveglianza, perchè se questa venisse meno, anche per poco, credo che si avrebbe fatalmente a noverare una nuova disgrazia a quelle già successe nel passato. Tutti quanti gli ascritti a questa categoria hanno fatto serî e ripetuti tentativi di suicidio e solo per fortuite circostanze o straordinaria resistenza organica sono ancora in vita, nè la cura praticata sopra di essi nè il tempo trascorso ha potuto per nulla mitigare in loro quell' impulso tenace ed invincibile a prodursi del male, a cercare in tutti i modi di porre fine ai loro giorni. Si ha dunque la proporzione di 3,47 per 0[0 per i malati da ritenersi sotto ogni rapporto pericolosissimi.

Malgrado il computo sia stato fatto nel giorno già annunziato, e quindi solo a quello esattamente si riferisca, pure posso assicurare per pratica che difficilmente le condizioni del turno vadano migliorando; piuttosto nei mesi di grande ammissione dei malati è facile vadano peggiorando, come, per citare un esempio, succede costantemente per le follie pellagrose, che sono notate solo in numero di due e nella primavera figurano sempre in una proporzione più rilevante.

E poichè sono venuto a parlare di forme morbose

darò alcuni schiarimenti per poi procedere più rapido e senza intoppi.

Per prima cosa ho riunito sotto il nome di mania e melancolia anche le forme periodiche, ciò si intende al solo scopo di semplicità e non entrando per nulla in questioni cliniche che qui sarebbero fuori di posto. La diagnosi riportata è quella fatta all'ammissione, però questo fatto ha portato nei resultati un cambiamento ben piccolo e trascurabile. Fa solo eccezione la diagnosi di demenza precoce che non poteva farsi che in questi ultimi tempi, rendendo così inevitabile la modificazione.

Nel riassumere poi le opinioni degli autori sull'argomento ho più volte riportato il termine di monomania e ciò avrà fatto meraviglia. Infatti questo termine proposto da Esquirol per le forme mentali da lui credute caratterizzate da un delirio parziale, fu combattuto fino dal primo sorgere dal Falret con non troppa fortuna, e solo dopo lungo tempo fu vinto e scomparve dall'uso dopo il lavoro di Tanzi sulla paranoia. Fino a qui, ogni volta lo avevo trovato lo avevo sostituito senz'altro con quello di paranoia, ma ora a causa della demenza precoce sono rimasto perplesso a fare recisamente il cambiamento, ed ho lasciato tale e quale il termine di monomania, potendo alcuni casi così chiamati appartenere alla varietà paranoide di tal nuova forma morbosa psichica e ciò tanto più che i veri paranoici, nel loro grande egoismo, come ha scritto Angiolella, difficilmente ricorrono al suicidio. Si può poi aggiungere che le forme impulsive, una delle quali ci interessa attualmente, sono quelle appunto per le quali potrebbe ancora servire se non il nome, almeno il concetto di monomania (Finzi). Anzi parrà strano che nel prospetto sopra riportato, non figuri alcun caso di

questa follia istintiva ed impulsiva di cui fanno cenno gli autori e riportano fatti clinici. Per mia esperienza, essa sarebbe molto rara nei Manicomî ed in molti anni non ne ho trovato che un solo caso da me prima visto a casa supplendo il Professor Grilli medico curante, e poi avuto al Manicomio per poco tempo in custodia.

Si trattava di una signora, moglie di un ricco banchiere, che dall' Oriente era venuta a Firenze, appunto per cercare di liberarsi da questo triste impulso che metteva sottosopra tutta intiera la sua famiglia, alla quale era carissima. Questa signora, che faceva in società la piú brillante figura, aveva una tendenza infrenabile ad uccidersi, e bisognava che fosse continuamente tenuta in osservazione, perché altrimenti si sarebbe uccisa senza alcuna esitazione. Aveva perfetta conoscenza del suo stato e molto si preoccupava di questo. Al momento che la conobbi io, visti risultati inutili tutti gli altri mezzi, aveva fermamente risoluto di morire di fame e per impedire l' applicazione della sonda esofagea, mangiava il meno possibile ed anche questo in seguito ad una lotta che faceva molto sudare le infermiere ed il medico, e nella quale metteva un' astuzia ed un accorgimento davvero straordinari per risparmiare la introduzione di un solo boccone. Finita la battaglia, sparito lo incubo, cambiava completamente di fisonomia e di modi e da una iena che sembrava avanti , diveniva quasi per incanto una signora spiritosa, istruita , di tatto e di modi molto distinti da rendere oltremodo piacevole la sua compagnia. Dopo vario tempo, condotta al Manicomio , raddoppió nei suoi tentativi per togliersi la vita e non potendo fare altro, cominciò a mordersi la lingua; impedita da bavaglio si sciupò i denti, si morse i labbri, rimanendone leggermente deturpata. In seguito si fratturò il radio del braccio destro sotto gli occhi delle serventi, mettendolo a contrasto con la spalliera della poltrona che teneva in camera, e sulla quale era fermata quando doveva mangiare. Il marito visti inutili tut-

ti i mezzi escogitati la ricondusse a casa, dove riuscì dopo non molto ad impiccarsi alla spalliera del letto coniugale.

Ed anche questo non era un caso ben netto, chè una volta aveva avuto una illusione scambiando un fuoco sul mare per l'anima di suo figlio morto, e talvolta parlava di non so quali rimorsi che avrebbero anche potuto essere il resultato di idee deliranti e che mi fanno sorgere il sospetto si trattasse anche in lei di un caso di demenza precoce.

Dopo questa specie di parentesi, riprendendo il cammino, dirò come delle forme di malattie mentali, nelle quali si presenta la tendenza al suicidio, se ne ha da considerare principalmente tre, come chiaramente risulta dal riportato specchietto, e queste sono: la demenza precoce, la melancolia e l'epilessia. Mi occuperò ora di queste e specialmente della prima che offre interesse, mentre le altre sono state troppo studiate, perchè meritino la pena di richiamare di nuovo su di esse l'attenzione.

La demenza precoce (Kraepelin-Finzi) come ognun sa è una forma mentale caratterizzata da indebolimento psichico per lo più parziale e la quale sorge subacutamente e può presentare dei periodi di esaltamento o di depressione, oppure dei periodi caratterizzati dalla insorgenza e persistenza delle più svariate idee deliranti. Nel periodo di depressione i suicidî si avvicinano a quelli che si sogliono avere nei melanconici veri e propri; ma nel periodo con delirio ed indebolimento mentale, prendono un aspetto del tutto particolare che è ora precipuo mio scopo di esaminare. Questi suicidî così strani, in special modo così impreveduti e per questo appunto pur di grande pericolo anche nella loro puerilità, avevano anche avanti attirato l'attenzione de-

gli alienisti, ed è a questi appunto che si deve riferire il Ball, quando scrive nel suo trattato: « La tendenza « al suicidio è uno dei turbamenti che invadono facil- « mente i cervelli deboli ed anche senza alcuno inter- « vento dell' alienazione mentale; una contrarietà pas- « seggiera basta per evocarla, un vento favorevole per « dissiparla. »

Lo stesso concetto ha il Maudsley quando scrive: « sovente la bilancia oscilla lungamente fra la tenden- « za a vivere ed a morire e può essere che un legge- « ro cambiamento della disposizione mentale, che una « inezia la faccia pendere da un lato o dall' altro. » Il Marcé pure, per gli individui scesi più giù nella scala dello arresto psichico, così si esprime: « i tentativi di « suicidio sono in generale poco seri perchè i malati « non scelgono nè il luogo nè l' ora: in presenza dei « serventi, senza meditazione, senza calcolo essi cerca- « no macchinalmente di strangolarsi o di impiccarsi. »

Ma nei dementi precoci, la spinta al suicidio può esser data non solo da futilissimi motivi, ma quello che è peggio da ragioni così strane, e solo in armonia con la superstiziosa e fantastica immaginazione del soggetto, che non esiste mente umana che possa prevenirli. Ho conosciuto un demente precoce che si castrò per fare dispiacere al Municipio del suo paese, col quale non aveva alcuno affare pendente; ho sentito dire di un altro che tentò gettarsi sotto le ruote di un tram per fare propaganda al monumento da erigersi ai martiri di Mentana (Lugaro); di un altro che si divertiva a mettersi un temperino dentro al petto ed impedito a tempo da non lasciarci la vita, si meravigliava della altrui apprensione, dicendo: « ma se ci entrava come in un pane « di burro! » (Bini); di un ultimo infine che fu ad un pelo di affogare, perchè doveva trattenersi non so

quante ore in mare per scontare un certo suo peccato (Tanzi).

Fra i malati pericolosi affetti da demenza precoce che si trovavano nel Manicomio il giorno del censimento, posso poi scegliere le seguenti storie, che nel loro dettaglio lumeggeranno meglio l'argomento.

A. Z. Ammesso da vario tempo nello Stabilimento, è sempre in preda ad uno dei più estesi, svariati e fantasiosi delirî che mai io abbia potuto ritrovare. La interpretazione da esso data agli avvenimenti più naturali ed ordinari della vita darebbe occasione di scrivere un intiero volume. Orbene questo signore ha cercato due volte di uccidersi per dimostrare solo che era invulnerabile e che non poteva addirittura morire. La prima volta era a casa e si gettó da una scala all'altezza del terzo piano. Era indeciso e stette lungamente ondeggiante se doveva gettarsi dalla finestra o dalle scale che erano a pozzo, ma poi pensò di fare le cose in famiglia e scelse la scala, per la quale si gettò avendo sentito la moglie sua dire al fratello: lascialo buttare! allucinazione che per poco non gli riuscí fatale, perché dovè solo la vita ad una capriola che fece per aria, per la quale cadde nella sottostante rampa di scale. Aveva scelto quel mezzo di suicidio, perchè allora al teatro una funambola ripeteva tutte le sere il giuoco di gettarsi dall'alto su di una rete, ed egli era sicuro di poter fare altrettanto. Il secondo tentativo fu fatto al Manicomio in seguito ad una disputa avuta con un altro ricoverato, Dottore in medicina, il quale non voleva credere alla sua invulnerabilità. Allora accettata la scommessa, raccolse quante più cicche di tabacco potè dai suoi compagni, mise il tutto in infusione, nascose ai serventi il veleno e se lo bevve colla più grande tranquillità del mondo dopo di averlo filtrato traverso la pezzuola. Dovè solo al vomito, che ebbe quasi subito, la sua salvezza, sebbene risentisse gli effetti della nicotina per qualche tempo. Non effettuò altri

tentativi, perchè cominciò a studiare come avesse potuto commettere un nuovo suicidio, non gettandosi come fanno tutti dall' alto in basso ma al contrario volando in sù, ed anche ora ogni tanto ci pensa, non essendo bene convinto che ciò non gli possa riuscire, perchè l' anime volano in sù e se volano l' anime, non deve essere, secondo lui, molto difficile di far volare anche i corpi.

S. A. ammesso nell' anno passato. Ha la mamma pazza nel Manicomio e di ció si preoccupa oltre misura, dicendo che a casa sua non può fare da sè. Da vario tempo sentiva un invasamento al capo, ed attribuiva ciò ad abusi fatti con donne ed anche con ragazzette. Non si riesce ad appurare se quest' ultimo fatto sia vero, in ogni modo, ne prova ancora un gran rimorso.

Quando commise il tentativo era a lavorare a Rifredi e si trovava in discrete condizioni finanziarie. Stette lungamente titubante prima di prendere la determinazione di uccidersi, e si decise un giorno che essendo andato a trovare suo cugino, questi essendo nei giardino gli regalò una viola.

Lì per lì non fece nulla, ma uscito disse fra sè: la viola è un fiore da morti, dunque mio cugino vuole che muoia e si diede a fuggire in cerca di un mezzo qualunque di morte. Dopo una corsa disordinata di vari chilometri si trovò, dopo aver traversato con una barca l'Arno senza aver cercato di saltarvi dentro, in un podere presso S. Donato, dove levato un coltello si tagliò profondamente ai polsi. Perse molto sangue e si sentì debolissimo quasi da mancare, ma non per questo recedè dall' idea di ammazzarsi e dopo avere invano atteso la morte, avendo invece col riposo, riacquistato un poco di forza si strascinò in cima ad una sovrastante collina, dove aveva visto dei cipressi.

Giunto sotto di questi, sentì degli uccelli che si lamentavano, e da ciò preso novello incitamento ad uccidersi, tanto fece che gli riuscì montare in cima al cipresso più

alto. Giunto lassû, non si gettó più in basso come aveva divisato e non sa addirittura per qual ragione, che si sentiva benissimo il coraggio di farlo. Sull' albero stette lunghe ore senza più volere scendere, malgrado sotto si fosse radunata molta gente e fossero giunti anche i carabinieri, i quali fecero del loro meglio per persuaderlo a venir giù per farsi medicare. Non sa dire per qual ragione rimase tanto in cima all' albero, ricorda però che ogni tanto si metteva a contare: *uno, due e tre* e quei dabbasso credevano che lo facesse per prendere il salto e buttarsi giù; invece non ci pensava neppure e contava l' ore che doveva essere stato appollaiato sovra i rami.

Essendo riusciti vani tutti i tentativi, bisognò telefonare ai pompieri a Firenze che andarono con la scala Porta e lo tolsero dalla sua punto invidiabile posizione e lo condussero allo Spedale di Santa Maria Nuova. In questo ed al Manicomio conservó per lungo tempo tendenza incessante al suicidio ed ancora, malgrado sia migliorato è sempre malato da sorvegliarsi.

F. A. Bel tipo di demente precoce, il quale sebbene sia stato ammesso da molti anni, si mantiene più delirante che indebolito di mente; malgrado sia famoso per la strana maniera di rispondere alle domande e per gli atteggiamenti ancora più strani che prende nel prepararsi alla risposta. A questo individuo tanto eccentrico bisogna tenere le scarpe cogli elastici, perchè se gli vengono messe con i legacci, gli toglie, gli lega insieme e si stringe con questi tanto fortemente il collo da rimanerne strozzato essendo molto forte. Domandatogli perchè fa questo, risponde, levandosi il cappello e tenendolo fisso colle due mani contro al petto, chiudendo gli occhi ed abbassando la testa col mento che tocca lo sterno, ed il dorso tutto inarcato, che lo fa per l' istinto della propria distruzione. Ricercato del perchè si risvegli in lui tale istinto, dice tutto umile e con voce che vorrebbe avere intonazione di pianto, ma invece riesce ridicola, che lo fanno risvegliare in lui gli altri rico-

verati, i quali non lo lasciano mai bene avere, vessandolo con domande sciocche, ripetendogli sempre le stesse cose e proponendogli problemi insolubili e paradossali. Alcuni di questi problemi sarebbero: perchè sei nano? perchè hai la testa pelata? perchè sei Egidio e pataccone?.

M. O. ammesso pure di recente ha un fratello nel Manicomio.

È un demente precoce con un misto di delirio religioso e persecutorio.

A casa faceva continue croci in terra e le baciava con grande effusione, cantando tutto il giorno inni sacri, ma ciò non gli impediva di essere senza alcuna ragione, geloso della moglie dalla quale credeva essere stato tradito. Per il grande dispiacere che ne provava, da lungo tempo aveva pensato di uccidersi, ma malgrado non gli mancassero i motivi, era sempre indeciso e non sapeva a qual vento voltarsi. Un giorno, un fratello gli assicurò che in paese vi erano due persone che gli volevano male e che era stregato per aver mangiato un gatto nero, il quale aveva uno spirito cattivo in corpo, Si decise allora di farla finita e con l'animo il più ostile stava in cucina a vedere sua moglie, che rompeva dei rami d'albero per alimentarne il focolare. Ad un tratto vide che dei ramoscelli caduti a terra si erano riuniti e formavano come due forche, una difaccia all'altra, ed allora davanti a cosa di così grande significato, tutto tremante nella persona per così tremendo scongiuro, si alzò, e battè con tutta la forza il capo nello spigolo del focolare, riportandone ferimento e contusione.

Questo individuo divenne, nel Manicomio, demente ad un grado, che difficilmente si suol raggiungere nella malattia della quale è affetto; eppure il 2 dell'anno in corso essendo a letto perchè molto debole e molto mal ridotto, si inginocchiò su questo e battè sì ripetutamente il capo nel muro, che fu buono a prodursi una ferita ed una bozza sanguigna al bregma. Male fu possibile capire qual cagio-

ne l'avesse spinto; pare fosse una nuova allucinazione, questa volta di udito, avendomi detto il giorno dopo di aver sentito una voce che gli diceva: tutti ti vogliono male, devi andartene da questo mondo.

M. N. ammesso per la seconda volta per demenza precoce agli ultimi giorni dell'anno 1901. È malato lucidissimo, alcoolista, dominato da idee un poco fantastiche di persecuzione. Ha tentato due volte il suicidio gettandosi dalla finestra della sua camera situata ad un terzo piano e tutte le due volte non si fece quasi nulla. Soccorso e condotto all'Ospedale, la prima volta disse ad un suo cugino col quale aveva molto confidenza, che aveva cercato di uccidersi, perchè aveva sognato qualche giorno avanti suo padre, il quale lo aveva acerbamente rimproverato per la vita scioperata che conduceva, ed aveva aggiunto: Tu ti inganni a vivere così, Gesù t'aspetta!. Alla mattina, andò a Firenze dal frate che l'aveva fatto passare alla prima comunione e si preparò alla morte. Stette poi perplesso per due giorni, senza poter decidersi, finalmente fece il primo tentativo.

Il secondo fu fatto per aver visto il frate, del quale sopra ho parlato, nella luna, e per aver ritenuto che questi si fosse sacrificato per lui, per modo che credè suo dovere di seguirlo nell'altro mondo. Ruminava già da varii giorni di uccidersi, ma non trovava mai modo di farlo, quando una sera, salendo le scale di casa, udì diverse pigionali che parlavano sull'uscio di casa, esclamare al suo passaggio: ecco un morto che cammina! Si determinó allora ed entrato in camera ed aperta risolutamente la finestra, vide nello stesso tempo aprirsi il cancello dell'orto sottostante ed entrare un ombra scura che procedeva ad ondate come il frate nel Mefistofele di Boito e che girò sotto a più riprese. Gettatosi allora disotto si produsse leggiere lesioni per l'*apparecchio* che era stato disposto da questo frate, mandato apposta da chi ne aveva interesse, perchè non potesse arrivare ad uccidersi. Queste spiegazioni date dal malato,

subito dopo la caduta, sono per me le più veritiere, però ora le smentisce in parte, e dice di essersi gettato dall'alto, solo per far vedere ai suoi nemici che non aveva paura di nulla, che non era uomo da retrocedere davanti a pericoli, in ciò dando un poco di fumo negli occhi che tanto era sicuro di essere invulnerabile.

O. A. ammalato che non presenta nessuna idea delirante, che parla sorridendo dei suoi guai e che descrive le cose con tutti i più minuti particolari, mostrandosi solo un poco fatuo. Da vari anni è innamorato di una ragazza maggiore a lui di età, dalla quale, contrariamente all'uso, era stato corteggiato. In seguito, essendogli andati male gli affari, ed essendo per di più tubercoloso, era stato messo alla porta, cosa della quale non sapeva darsi pace. Da quel tempo aveva cominciato a seguire la sua ex-fidanzata da per tutto, a fare di tutto per tornare nelle sue grazie, a dire pubblicamente che si sarebbe suicidato se non avesse potuto ottenere il suo intento. Qualche mese innanzi aveva avuto dalla ragazza 3 pastiglie di sublimato per farne una soluzione e medicarsi una gamba dove aveva una localizzazione del suo male, ed egli da buono innamorato aveva conservato con grande cura questo pericoloso ricordo di tempi migliori. Gli affari amorosi però andavano male e la rotta era completa e sicura, per modo che decise di uccidersi, ma non sapeva trovare la via di farlo. Alla fine pensa un ultimatum, manda la zia a casa della bella e ne ha la nuova essere la madre di questa ammalata seriamente, e la risposta non rompesse ulteriormente le scatole. Allora per compromettere l'infedele, già angosciata dalle condizione di salute della madre, tenta un gran colpo, si avvelena colle pastiglie di sublimato avute da lei ed aspetta invano che questa notizia, giunta alle sue orecchie, la commuova. Condotto allo Ospedale, poi al Manicomio, fa continue proteste di odio contro di lei e si dichiara completamente guarito del suo male.

Altri fatti da lui commessi dimostrano trattarsi di un caso di demenza precoce.

Mi arresto a questo punto. che mi sembra altrimenti tenda troppo all' umorismo un soggetto per sua natura macabro e di tutt' altra intenzione di provocare il riso.

Passando adunque all'altra forma morbosa notata, alla melancolia, qui ci troviamo alla forma di suicidio che chiamerei classica e della quale è stato ripetutamente scritto, riportandone a sazietà esempi molto dimostrativi. In questa, che è la forma morbosa mentale che offre più pericolo di tutte, il medesimo è prodotto dal tentativo continuo, accanito, invincibile, che i soggetti fanno di sbarazzarsi di quella vita, che a loro, per idee deliranti le più svariate, per cambiamento di umore, per dolore psichico portato a forte grado è divenuta insopportabile. Il suicidio avviene qualche volta anche in stato di raptus. Ripeterei il già detto se molto mi attenessi su questa forma; mi limiterò quindi a portarne due esempi che offrono particolari tali da esser ricordati.

F. F. — Esempio tipico di melancolia; avanti di venire al Manicomio, si segò profondamente la gola con un rasoio. Il malato che ora è lucidissimo, assicura che quando commise l' atto era perfettamente in sè, e solo era preoccupato e triste per i continui e gravi pensieri che lo tormentavano a causa delle sue ristrettezze finanziarie, per le quali non sapeva più come mandare avanti la famiglia. Il turbamento mentale fu consecutivo alla ferita e descrive bene ed in modo convincente come insorse, a causa della molta perdita del sangue e della febbre d' infezione che ne seguì. Se il malato non si inganna e se non scambia qualche fenomeno subiettivo insorgente dopo il tentativo fatto, per

l'intiera malattia mentale, é un caso abbastanza notevole di coscienza perfetta del proprio stato in un melancolico.

S. R. — Fu inviato la prima volta al Manicomio nell'anno 1877, perchè aveva cercato due volte di suicidarsi, una volta per strozzameto, l'altra volta cercando di ingoiare un vescicante. Non venne a causa della sua completa lucidità riconosciuto alienato e fu dimesso dopo un mese di osservazione. Solo 4 giorni dopo la sua dimissione con un rasoio si produsse una lunga e molta profonda ferita al collo, della quale resta ancora la cicatrice e che mancó poco non gli riuscisse fatale. Riammesso, confessò questa volta che si credeva dannato e gli pareva di esser divenuto una bestia, non sentendo più affetto per nessuno e specialmente per i figli, ai quali avanti era stato molto affezionato. Uscì dopo molti mesi migliorato, nel 1879, ed andato a casa guari perfettamente e stette benissimo 22 anni. Essendogli morta una figlia, dopo tanto tempo di benessere, recidivó nella identica malattia e presentò le medesime tendenze, per modo che dovè esser riammesso nell'Ottobre 1901.

Viene ora da parlare dell'epilessia, che è la terza forma morbosa per numero di adepti che abbiano presentato « tendenza al suicidio ». L'epilessia è caratterizzata fra gli altri sintomi da atti impulsivi incoscienti che sogliono seguirne gli accessi o manifestarsi durante quegli stati morbosi, ora ben conosciuti e chiamati equivalenti epilettici. Questi atti impulsivi possono portare al suicidio; è bensi vero che nella grande maggioranza dei casi portano piuttosto a grandi violenze dirette verso le persone e gli oggetti che circondano il malato, al momento del loro esplodere. Benchè anche questi atti impulsivi costituiscano un vero pericolo, questo è per me maggiore, quando in seguito a ripetuti accessi epilettici, si produce uno stato di depressione che talvolta

continua per mesi e che mantiene il malato in una condizione di grave tetraggine, e cupezza. Talvolta il malumore epilettico è meno grave e di più corta durata e può in tal caso considerarsi come una forma di ansia protratta, come un equivalente psichico dell'accesso; in tutti i modi costituisce il maggior pericolo a riguardo del suicidio. Anche le allucinazioni che insorgono dopo gli accessi possono esser causa di disgrazie ed in questo caso fa paura il modo brusco ed inatteso col quale il soggetto si determina ad offendersi. Posso di ciò, citare un bello esempio.

S. G. ammesso da vari anni nello Stabilimento, cominciò con accessi di epilessia vertiginosa, seguiti poi da allucinazioni di tutti i sensi, che si protraevano per ore ed anche per giorni. In seguito, si manifestarono anche gli accessi completi di epilessia che furono sempre seguiti da agitazione e disturbi sensoriali dei più svariati. Il malato vede gli individui che ha vicini ridergli in faccia, cambiare di fisionomia, cambiare di colore nella pelle e nella barba, commettere atti i più strani dei quali non sa intendere il significato. Riconosce nel medico, il dottore od il Sindaco del suo paese; sente la moglie, sente altri parenti nelle stanze vicine, ha paura che usi violenza alla moglie e si agita in modo straordinario, volendo andare a difenderla. Ode anche minaccie strane, seguite da apparizioni luminose, vede il padre eterno, corpi luminosi di diverso colore che stanno fermi o si muovono con grande rapidità nel cielo. Delle volte si diverte a tale spettacolo, altre volte invece diviene disperato ed entra in stati d'ansia tali da dovere essere assicurato in letto. Oltre a ció gli sono scomparsi i testicoli, ha rotti i denti, le coste, sparita la pancia, ha sensazioni penose al petto ed è sicuro che non vedrà più la moglie e la bambina. Questo individuo, così profondamente turbato nella sua mente, che cambia sempre di delirio, di umore, di stato affettivo, una cosa ha sempre

costante, sebbene un poco più ed un poco meno accentuata, ed è il desiderio manifestato a parole e più spesso a fatti, di volere uccidersi. Non ha avuto accesso epilettico, che non sia stato seguito dal riacutizzarsi di questa tendenza e quando non può far altro, si stringe e graffia la gola o cerca segarla col cucchiaio della minestra. Anche nei periodi di relativa calma, vuole ugualmente morire perchè si sente disgraziato ed è sicuro di non più tornare in famiglia.

Questa ragione di suicidio che esiste per tutte le forme che mantengono o ad accessi presentano lucidità di mente, è prevalente negli epilettici, i quali negli intervalli del male sono quelli che si avvicinano ai sani, più di tutti altri ricoverati. Lo avere un così grosso mancamento, come sogliono dire, del quale se davvero in buone condizioni di mente riconoscono la esistenza alle conseguenze sia obiettive (contusione, ferite, morsicature della lingua etc.), sia subiettive (dolore di testa, confusione mentale cosciente etc.) li rende molto tristi e talvolta li spinge a tentare di porre fine alla loro disgrazia colla morte.

Adunque gli epilettici possono uccidersi per atti inpulsivi, per disperazione patologica, ed anche, ma rarissimamente, fisiologica e sono da temersi per la rapidità talvolta fulminea con la quale pongono in atto il loro divisamento.

I legami fra lo alcoolismo ed il suicidio, sono già stati rilevati in tanti lavori, che sarebbe tempo gettato il volervisi trattenere. Ripeto col Morselli che il suicidio nella frenosi alcoolica è dovuto allo stato di grave depressione delle facoltà mentali, alle allucinazioni terrifiche,' alla incoordinazione ed agli spasmi motori, che in questo si verificano. Chi volesse estesi particolari può consultare le recenti ricerche di Sullivan, che

fa del suicidio degli alcoolisti un tipo speciale, differenziato dagli altri per varî dati che sono a lui peculiari.

Per dimostrare come nella follia alcoolica si possa avere ostinata tendenza al suicidio, posso riportare la storia seguente, che appartiene ad uno dei 4 alcoolisti, notati nel prospetto come ancora da sorvegliarsi.

D. E. É un cappellaio che dovendo stare per il suo mestiere intorno al fuoco, da vario tempo, abusa in modo molto rilevante di alcoolici.

Avanti di essere condotto al Manicomio, una sera scappò di casa e vi tornò il giorno dopo in uno stato compassionevole, confessando ai parenti, di avere nella nottata fatto di tutto per uccidersi. Infatti, per due volte si era gettato tutto vestito nell' Arno, ma al contatto dell' acqua fredda aveva provato tale impressione e quasi senso di benessere, che rinunziando alla morte, aveva raggiunto a nuoto la riva. Appena all' asciutto peró, l' idea del suicidio era tornata ad affacciarsi di nuovo alla sua mente, ed allora con la lunga fascia colla quale suoleva tener su i pantaloni, aveva cercato di impiccarsi ad un albero, ma l' essere questa molto fradicia aveva impedito al nodo fatto di scorrere e di serrare la gola. Disperato, vagò senza scopo tutta la notte, nè si ricorda più cosa altro fece; solo a giorno chiaro riuscì a coordinare le idee e trovò la via di casa.

Vengono ora le forme mentali che dal lato in esame, presentano minore importanza e sono più soggette a pareri controversi. Si è visto come molti autori ammettono il suicidio nella mania e nella frenastenia, come la statistica appoggi tal modo di vedere; non resta adunque che un sol dubbio in proposito, che cioè si sia trattato di casi di demenza precoce, non potuti allora riconoscere. Questo dubbio può sorgere anche per uno dei miei casi, in cui si tratta di un individuo ammesso

la seconda volta per mania, nel corso della quale senza alcuna remissione della agitazione motoria, si hanno cambiamenti di umore per i quali il malato si rende inquieto, cupo, querelante. Fu in uno di questi cambiamenti che fece un tentativo serio di suicidio, alla fine dell' anno passato.

Gli altri due sono individui di età avanzata che mi sembrano pericolosi per le ragioni seguenti. « Il primo, « la cui sorella si impiccò nel Manicomio, fu ammesso « circa due anni fa, melancolico, con delirio di danna- « zione, ora, da più di un anno è schiettamente mania- « co, ma ogni tanto ha periodi, di un giorno al massi- « mo di durata, nei quali si mostra in preda a straor- « dinaria inquietudine e cupezza che lo rendono sempre « pericoloso. L' altro ha una mania gravissima, con « sospetto si tratti di una forma congestiva e che ha « continua tendenza a farsi del male ed ogni tanto ri- « fiuta senza apparente ragione il cibo. »

Dei tre casi di frenastenici, uno è anche melancolico, ed ha delirio îpocondriaco, un altro si gettò a casa nel pozzo, perchè aveva il vestito strappato ed essendo ora in periodo di inquietudine, non credo sia da perdersi di vista, una volta che basta si futile motivo a determinarlo; il terzo poi ha periodi in cui si prende per il collo e si stringe in modo tale da soffocarsi se non fosse sorvegliato.

I due casi di follia circolare si trovano, se pure occorre dirlo, nel periodo di depressione: un paranoico ha delirio ipocondriaco, l' altro è in istato d' ansia per continue allucinazioni ed è in simile stato pure il coreico.

Dei due pellagrosi non starò a parlare, essendo la tendenza al suicidio ben conosciuta fin dallo Strambio, che ne voleva rendere speciale anche il modo colla sua *idromania*. Io credo che nel Manicomio, il pellagroso.

passati i primi giorni dalla ammissione sia poco pericoloso, perchè presto risente gli effetti del vitto sano e ricostituente che riceve.

I due paralitici offrono entrambi un decorso abbastanza atipico per la sua non ordinaria lunghezza; però sono ben lontani da quel grado di avanzata demenza nel quale il Monastier ha notato che non più avvengono suicidi in questa forma morbosa. « Uno ha fatto « due tentativi e ne porta ancora le tracce, l'altro ha « allucinazioni di tutti i sensi: si sente tirare, sente in « corpo l'anguilla dell'anticristo ed accusa continue « sensazioni dolorose. E poi in continuo stato di tortura « morale, perchè è convinto che gli uccidono i figli e « non può soccorrerli in alcun modo. Da giovine tentò « il suicidio a casa, perchè non poteva figurare come gli « altri compagni suoi coetanei e si credeva trascurato « dalla famiglia. »

Non ho mancato di fare indagini sopra le storie che riguardano i 132 individui con tendenza al suicidio, ma per dire la verità, non ho trovato alcun particolare degno di nota. Il domicilio dei malati, la loro età, lo stato civile, la loro eredità morbosa, non mi ha detto nulla di importante e quindi vado avanti, non volendo divenire di soverchio noioso.

Abbiamo visto quale sia il numero di malati esistenti in una sezione di alienati, i quali, da qualunque forma di malattia mentale sieno affetti, hanno presentato o tuttora presentano, tendenza al suicidio; vediamo ora cosa facciano al Manicomio.

Considerando, come è il modo più verosimile, che gli 8 malati dimostratisi dentro pericolosi, abbiano presentato tendenza al suicidio anche al di fuori dello Stabilimento e questa solo, chi sa per quali circostanze, non

sia stata notata nelle module informative, avrò così 132 ammalati che sono stati inviati in uno Asilo perchè offrirono fuori poca sicurezza per svariate ragioni, ma principalmente perchè tentarono di uccidersi. Di questi 132 individui, 45 intanto si son resi innocui e si ha già un discreto vantaggio; ma gli altri 87 che non hanno potuto così bene avvantaggiarsi, cosa hanno fatto, una volta ricoverati ? Per rispondere a questa domanda, bisogna prendere uno spazio di tempo abbastanza lungo, chè le disgrazie non sono, fortunatamente, troppo frequenti.

Per portare fatti esatti e da me conosciuti, sono costretto a limitarmi alla Sezione uomini ed all'esame degli ultimi 6 anni, non possedendo la stessa sicurezza per quelli anteriori. In questo periodo di tempo dal 1896 al 1901 inclusivi, trovo registrati 15 tentativi di suicidio e da fedele cronista, li vado riportando poichè le brevi note, loro relative, oltre essere in stretto legame coll'argomento trattato, servono come di garanzia sull'esattezza dei fatti.

1896

G. A. di 37 anni, contadino, coniugato, di Palazzuolo, ammesso il 23 Dicembre 1893 perchè affetto da mania congestiva. Uno zio paterno è alienato. Una sera circa le 23 nella latrina del Padiglione Agitati, coi rottami di un vaso da notte si produsse, col deciso scopo di uccidersi, una ferita all'avambraccio sinistro lunga 13 cm. e con grande scollamento della pelle e tessuto sotto cutaneo. Subito soccorso e frenata la imponente emorragia fu salvo. Esistente.

1897

L. G. di 26 anni pizzicagnolo, celibe, di s. Sofia, ammesso il 25 Marzo 1895 perchè affetto da demenza precoce

con delirio persecutorio. Circa le ore 21 dopo aver più volte manifestato il proposito di farla finita colla vita cercò di impiccarsi nella latrina del 1°. Padiglione Semi-agitati con un lenzuolo del suo letto, che aveva attaccato alla finestra della latrina. Fu sciolto a tempo, ma portò per del tempo l'impronta del laccio al collo. Esistente.

C. D. di 51 anno, facchino, di Fiesole, ammesso il dì 30 Dicembre 1897 perchè affetto da follia alcoolica. A casa ha fatto due tentativi di suicidio. Verso le ore 15 essendo nel giardino del 1°. Padiglione Semi-agitati, si arrampicò ad una controfinestra del corridoio attiguo al giardino e si gettò all'indietro e a capofitto riportando non gravi lesioni. Tornato un'altra volta colle stesse tendenza, mentre era nel Manicomio, si suicidò a casa suo figlio, vuolsi per il dispiacere della malattia del padre, la quale metteva ostacolo al compimento del suo matrimonio. Partito guarito.

1898

N. C. — 52 anni, falegname, coniugato, di Firenze, ammesso il 13 Aprile 1898 perchè affetto da follia alcoolica. Aveva fatto ripetuti tentativi a casa ed era sorvegliato nella Infermeria. Verso le 13 $^1/_2$ recandosi alla latrina potè impadronirsi di un martello che adopravano dei muratori chiamati a ripararla e con questo si produsse una ferita e parecchie contusioni al capo. Partito guarito.

L. T. — 24 anni, bracciante celibe di s. Maria a Monte, ammesso il 1°. Marzo 1898 perchè affetto da melancolia. Il padre morì impiccato, un fratello fu inviato al Manicomio per follia suicida. Circa le 9 $^1/_4$ fu trovato appeso in una piccola stanza al piano terreno del 1.° Tranquilli, l'uscio della quale era aperto perchè i serventi facevano appunto servizio in quel luogo. Il laccio era fatto di tre pezzuole ed era attaccato alla spalliera di un letto. Morto di delirio acuto.

S. P. F. — 27 anni, studente di Figline, celibe ammesso il 22 Luglio 1901 perchè affetto da demenza precoce con delirio ipocondriaco e persecutorio, poi con le più svariate ed assurde idee di grandezza. Uno zio paterno fu alienato, lui fu dedito allo alcoolismo. Fece ripetuti tentativi; il più serio nella sala di riunione del 1. Semi - agitati, dove cercò strangolarsi con una corda fatta di piccole strisce di pezzuola, circa le ore 6. Fu ad un pelo di lasciarci la vita e portò lungo tempo l'impronta. Esistente.

M. A. — 38 anni, ufficiale d'artiglieria di Firenze, ammesso il 28 Febbraio 1897 perchè affetto da paralisi progressiva. La madre morì pazza al Manicomio. Non aveva fatto alcun tentativo di suicidio ed essendo agitatissimo fu messo in una cella agli agitati. Una mattina con un telo di lenzuolo attaccato alla finestra, che alla sera era stata mal serrata, cercò d'impiccarsi. Per fortuna quando tutto era pronto gli apparve la Madonna che lo rimproverò, ed allora liberatosi dal laccio, che lasciò al suo posto, se ne tornò al letto tutto contento per il grande miracolo ricevuto. Morto.

C. M. di 40 anni commesso, coniugato, di Firenze, ammesso il dì 29 di Gennaio 1898 perchè affetto da paralisi progressiva. Un cugino si suicidò, un fratello era epilettico, lui alcoolista. Verso le 16 $^1/_2$ andato alla latrina, con una corda fatta con il davanti di una camicia e 2 pezzuole una di sua proprietà, l'altra dello Stabilimento, cercó d'impiccarsi ma fu sorpreso. In questo paralitico, da quel giorno si sviluppó una tale e continua tendenza al suicidio, che bisognò mettergli un'assistenza speciale a scanso di future disgrazie. Morto.

N. E. di 25 anni, bracciante, celibe, di S. Miniato ammesso il dì 13 di Marzo 1898 perchè affetto da melancolia con delirio ipocondriaco. Più volte disse di volersi suicidare e pochi giorni dopo il precedente tentativo di suicidio del

C. M. cercò di impiccarsi nella latrina del 1°. Semi agitati circa le ore 23. Partito.

In questo anno 1898 eccezionale davvero per i ripetuti tentativi fatti, il 12 Maggio fu tentato e questa volta veramente consumato un suicidio per impiccamento, come vedremo con maggiori dettagli nella seconda parte di questo lavoro.

1899

G. G. — 60 anni, colono, coniugato, di Castelfiorentino, ammesso il 10 Ottobre 1898 perchè affetto da mania. Ha un fratello ed un nipote alienati. In istato di grande agitazione maniaca essendo stato messo in una cella, cercò di impiccarsi con un lenzuolo verso l' 1 $^1/_2$. Il servente sentendo rumore insolito andò a vedere di cosa si trattava e fu a tempo a salvarlo. Aveva cercato di suicidarsi per la grande rabbia che aveva indosso per essere stato rinchiuso. Esistente.

M. F. — di 26 anni, colono, celibe, di Modigliana, ammesso il 20 Novembre 1898 per demenza precoce. Nel Padiglione Agitati, cercò più volte strangolarsi ed una volta fatta una corda fortissima con dei pezzi di camicia fu sorpreso mentre cercava di appendersi. Partito migliorato.

1900

V. F. — di 30 anni, bracciante, celibe, di Firenzuola, ammesso il 4 Gennaio 1900 perchè affetto da demenza precoce. Una volta montò in cima ad uu albero molto alto e non volle più scendere costringendo ad andare a prenderlo lassù. Poco tempo dopo essendo nel Piazzale degli Agitati si arrampicò su di una contro-finestra e riuscito a far entrare la testa in una delle più grandi divisioni di quella,

si lasciò andare facendo un tentativo di impiccamento un poco fuori dell'ordinario. Non sa se in tal modo avesse potuto riuscire in poco tempo ad uccidersi, quello che è certo si è che rimase tutto stordito e che portò i segni al collo e alla testa della subita compressione per molti giorni. Esistente.

S. T. di 30 anni, bracciante, celibe, di Rocca s. Casciano, ammesso il 9 Maggio 1901 perchè affetto da demenza precoce. Suo padre fu alienato. Più volte aveva detto di farla finita colla vita ed aveva cercato di strangolarsi. Un giorno che si trovava in una sala di riunione al 1°. Semi-agitati, fece con uno spago, che non si sa dove potesse aver trovato, un tentativo molto serio circa le 9 1|4 e ne portò il segno ben visibile al collo anche nei giorni successivi. Esistente.

1901

S. G. — 22 anni, carabiniere, celibe, di Greve, ammesso il 17 Dicembre 1900 perchè affetto da mania ad andamento remittente. La agitazione esplose ad un tratto mentre era carabiniere e durò molto tempo. Mentre si trovava in uno stato di notevole confusione mentale, consecutivo ad un lungo periodo di grande eccitamento maniaco, con un nastro di un grembiale cercò strangolarsi mentre era nella sala di riunione del 1.o Semi-agitati, circa le 8 3|4. Dovè la vita al servente, che gli tagliò a tempo il laccio. Dopo guarito ed interrogato in proposito, disse di ricordarsi solo che sognava di essere coscritto e doversi preparare per una rivista. Per mettersi bene il colletto strinse molto e si sentì soffocare, allora istintivamente cercó tutti i mezzi per togliersi il nodo, ma non riuscendovi si credè spacciato. Non si ricorda più d'altro.

B. G. — di 48 anni, bracciante, coniugato, di Pistoja, ammesso il 12 Luglio 1901 perchè affetto da mania. Pareva completamente guarito ed era già stato disposto per la sua

dimissione, quando ad un tratto recidivò nella sua malattia. Passato nel padiglione Agitati, mentre gli veniva fatta la barba si lasciò andare sul taglio del rasoio, e si deve all'accortezza del barbiere se non si produsse che una ferita di 8 centimetri di lunghezza, che interessava poco più che l'epidermide. Esistente.

Risulta adunque che i malati con tendenza al suicidio anche messi nel Manicomio non rinunziano alla loro idea, quantunque lo ambiente adatto abbia modo di ridurre i più all' impotenza. Infatti i tentativi si sono ripetuti anno per anno, ma però in ben scarsa quantità, se si eccettua il 1898, nel quale si ebbero 7 malati che tentarono di uccidersi ed uno che riuscì a farlo di fatto. Non so se così notevole aumento è dovuto a speciali condizioni dell' anno od è invece fortuito. In ogni modo li 87 malati che si possono ritenere pericolosi e che si possono calcolare esistenti per tutto l' anno, perchè, se migliorati o dimessi, sempre suppliti da nuovi venuti, per sole 16 volte in 6 anni, hanno potuto trovar modo di porre ad effetto il loro triste proponimento, ed effettuarlo del tutto una sola volta. Sia detto nel modo il più obbiettivo che mi sia possibile, ma mi sembra che il Manicomio, quale ora è giunto a costituirsi, funzioni molto regolarmente e corrisponda anche in questa sua funzione preventiva allo scopo per il quale è stato istituito.

Il Mülberger che qualche anno fa si è occupato dello stesso argomento, è venuto alla stessa conclusione ed ha trovato che nel Manicomio si può prevenire, in rapporto al numero totale dei malati che abbiano dentro o fuori tentato di uccidersi, dal 90 al 97 per 0[0 di suicidi a seconda dei diversi stabilimenti. Come ben

si vede le condizioni da quel tempo sono andate molto migliorando.

Ma si potrà obbiettare: — « chi garantisce che tutti i malati che hanno tentato il suicidio, torneranno a tentarlo? Come si può con certezza provare questo buon funzionamento degli asili di alienati? Non potrebbe essere che molti, avessero rinunziato al loro disegno? Per mio conto rinunzio in vista di simili ipotesi alla cifra di 87 ammalati e mi limito a contare solo i 14 ultimi scelti, nei quali, la ostinazione a togliersi la vita è fatto fuori di dubbio; anche, con simile proporzione, data la continuità del pericolo mi pare che il vantaggio ottenuto sia sempre evidente ed ora al disopra di ogni contestazione.

Se poi, il rapporto fra i suicidi tentati e i compiuti, si sia sempre mantenuto nelle proporzioni sopra annunziate, io stesso non so e sono dispiacente di non avere i dati per giudicarlo, a qualunque risultato fossero per condurmi. È certo che non sono andato apposta a cercare un periodo favorevole, ed ho preso quello solo che l'opportunità mi presentava. E se non posso portare dati precisi, la memoria però mi permette di estendere il periodo di osservazione, e non so trovare per quanto oltre mi spinga, differenze molto apprezzabili. Del resto è imminente l'esposizione di fatti, che dimostreranno come il suicidio si sia ripetuto sempre con abbastanza uniformità per riguardo al tempo nel nostro Manicomio, non so trovare delle buone ragioni per non concludere che una simile costanza non possa essersi verificata anche nel numero dei tentati suicidî.

Questi stessi fatti dimostreranno poi che la sezione uomini per rispetto al suicidio è la meno adatta a dare periodi favorevoli di esame. Come riprova posso subito

citare il fatto che se avessi presi in esame i 6 anni avanti (1890-1895 inclusivi), trovandomi allora addetto alla sezione femminile, avrei avuto un risultato certamente migliore perchè in quel periodo, qualunque fosse il numero dei tentati suicidî, non avrei avuto da notarne punto, realmente effettuati.

Nota — Avevo già spedito il manoscritto, quando mi occorse di trovare un registro, nel quale erano notati i fatti più ragguardevoli avvenuti nel Manicomio dal 1886 all'anno 1900. Posso quindi assicurare che nell'anno 1886 si ebbero 12 tentativi di suicidio (9 uomini e 3 donne), nel 1887 17 tentativi (8 u. e 9 d.), nel 1888 10 (4 u. e 6 d.), nel 1889 6 (3 u. e 3 d.), ed in ultimo nell'anno 1900 soli 5 (3 u. e 2 d.) Come ben si vede i fatti corrispondono alle previsioni.

II.

Sono ora alla seconda parte del lavoro, al suicidio negli alienati associati in un Manicomio.

Un esame completo della questione è di per sè molto più difficile di quello che a tutta prima non sembri, essendo questa molto più complessa di quanto ne abbia l'apparenza.

La pazzia, in qualunque forma morbosa si estrinsechi, è sempre una causa di accorciamento della vita negli individui che ne sono colpiti, e va incontro alla morte l'alienato che trascura le più elementari leggi dell'igiene, il demente precoce o no, che d'inverno va tutto nudo alla tramontana per asciugarsi di un bagno freddo fatto, che ingoia miscele innominabili, nido di ogni bac-

terio, che beve ripetutamente la sua orina, che mangia i propri escrementi. Il paralitico generale che avidamente ingoia il cibo, può rimanerne soffocato, il maniaco può esporsi per inconsideratezza ai più serî pericoli; ma tutto questo è danno non cercato e non può essere per nulla paragonato ad un suicidio, mancando della caratteristica che ha questo, cioè della tenace volontà, nell' attore, di togliersi la vita.

Si avvicinano al concetto di suicida l' alcoolista, il morfinista e via dicendo, i quali, malgrado i ripetuti ammonimenti, perseverando nel loro abuso si uccidono; vi si identifica il melancolico, che volontariamente rifiuta il cibo col solo scopo di togliersi la vita, e che lo respinge da sè con tale ostinata ripugnanza, da rendere alla lunga inefficace il soccorso che il medico gli va apprestando; oppure che lentamente si esaurisce nutrendosi sempre più imperfettamente.

A me basterà di aver fatto le sovraesposte considerazioni e non entrerò in tale laberinto, non essendo sempre possibile distinguere se la sitofobia è da considerarsi come un lento suicidio, oppure è determinata da idee deliranti, da allucinazioni di tutt' altra natura e nelle quali non entra per niente il concetto di farla finita coll' esistenza. Sarò incompleto, ma io non considererò che la parte sicura della questione e non mi occuperò che del suicidio violento, che tronca in uno istante la vita, che non lascia dubbî sulla intenzione di chi lo compie e che colla inesorabile certezza del fatto compiuto dà resultati statistici sicuri.

E tale certezza è molto bene che esista, servendo così questa seconda parte, come di riprova della prima, e dopo i malati che dicono e tentano di suicidarsi, facendo venir quelli che si suicidano davvero. Per l' opportuno confronto e per le considerazioni che, indipen-

dentemente da ciò, possono offrire, riporterò quindi i suicidî che sono avvenuti nel Manicomio di Firenze per lo spazio di 58 anni, da quando cioè si è cominciato a tener dei registri bene ordinati e che garantiscono da involontarie omissioni. Le ricerche sono state ripetute e minuziose, ed il fatto, essendo di tal natura da non potere sfuggire, credo di aver portato resultati attendibili.

Nel compilare le storie sarò più breve che mi sarà possibile e certi dati che si trovano in tutte, li esporrò a tempo opportuno, senza ripeterli inutilmente volta per volta. Come ad esempio, che al suicida furono sempre prestati tutti i soccorsi che l'arte insegna, che furono fatte esatte indagini per appurare la verità, che sono state fornite alle competenti autorità esaurienti notizie e via dicendo.

Ciò premesso, ecco la lugubre lista:

1846 — T. A. uomo; S. Miniato, celibe, colono, ammesso il 16 Aprile 1846 per lipemania con delirio di dannazione. Nè a casa, nè al Manicomio, aveva mai manifestato idee di tendenza al suicidio: aveva però tenuto cattiva condotta ed era alcoolista. Era migliorato, molto lucido, ma in preda ad esagerata tristezza, diceva lui. perchè aveva gran desiderio di tornare a casa. Il giorno avanti al suicidio, aveva avuto una visita dal padre, il quale aveva accondisceso a fare la domanda per ritirarlo in famiglia. Tal cosa sembrava l'avesse tranquillizzato e reso più sereno del consueto, quando invece dopo una giornata buonissima e senza nessuno incidente, fù trovato il dì 7 Settembre dello stesso anno alle ore 18 3/4, impiccato in una camera, a mezzo di una fune attaccata ad un asta di ferro che la traversava. La fune, che pare fosse trafugata dal malato circa due giorni avanti, serviva a legare le materasse e la biancheria sudicia sopra un carretto, per mezzo del quale ve-

niva asportata. Il suo corpo pendeva fra due letti, ai quali era molto vicino.

1859 - L. G. uomo. Fiesole, 30 anni, scalpellino, celibe, ammesso il 23 Gennaio 1859 per lipemania alle ore 17 3/4. Non essendo notata sulle carte tendenza al suicidio, mentre in realtà era esistita, fu messo in una camera, dove alle ore 19 dello stesso giorno, fu trovato con una estesa ferita nel collo, alla quale colla mano destra cercava fare ulteriori lacerazioni e strappamenti. Si era prodotta la ferita con un coltello da tasca, a quanto pare da lui nascosto nelle maniche della camiciola e che cercò nuovamente di far sparire allo avvicinarsi dei serventi. Moriva il giorno dopo alle ore 20.

1862 — B. A. donna, 50 anni, cucitrice di cappelli, vedova, Barberino Val d'Elsa, ammessa il 30 Settembre 1862 per lipemania con tendenza al suicidio. Era migliorata nelle sue condizioni mentali; aveva ripreso il sonno, si era molto riordinata per le frequenti visite del figlio, tanto che non parlava più del timore avanti manifestato che dovessero abbruciarla; aveva fisionomia serena e si occupava tutto il giorno a fare la treccia.

La mattina del 4 Novembre 1862 si era alzata, aveva fatto il bagno e si era messa tranquillamente alla sua occupazione. La servente poco dopo, essendosi accorta che non aveva più a cintola le forbici colle quali tagliava le unghie alle malate, stava rintracciandole, quando un' altra malata, venne a dire che la B.... si era ferita con queste forbici in una cella in fondo al quartiere abitato dalla malata. Moriva il giorno dopo per la larga ferita che si era fatta alla trachea. Non si potè scoprire, come fosse venuta in possesso delle forbici, ma pare che queste fossero state date ad una malata che ne aveva bisogno, ed a questa le avesse sottratte.

1864 — N. S. uomo, di 23 anni, celibe, luogotenente; ammesso il 14 Giugno 1864 perchè affetto da monomania

con delirio di persecuzione. Era in istato di panofobia e credeva dover subire gravi punizioni, per avere con una sua dichiarazione amorosa contribuito all' aborto e quindi alla morte della sua padrona di casa. Era lasciato chiuso a letto nella sua stanza nel quartiere dei paganti ed era continuamente sorvegliato, ma malgrado ciò, il giorno dopo alle 16 1/4, con un pezzo di cristallo molto acuminato, si produsse 2 ferite assai profonde al costato sinistro, ed una più piccola al di sopra della articolazione sterno-clavicolare destra.

Morì poco dopo.

1866 — G. A. uomo, di 31 anno, impiegato, celibe, di Firenze, era affetto da melancolia con delirio di persecuzione. Ammesso il dì 23 Marzo 1866 alle ore 16, si soffocava colle maniche della camiciola di lana a maglia, nella sua camera, verso le 23 dello stesso giorno. Due amici accompagnandolo, avevano detto cbe aveva loro parlato di volersi buttare dalla finestra, ma più volte visitato dal medico era sempre apparso un poco cupo, ma assennato, tranquillo, composto nel contegno. Aveva convenuto di soffrire di ipocondria e credersi perseguitato, ma domandatogli se aveva intenzione di gettarsi dalla finestra aveva subito risposto: — se fossi pazzo! — Ed in quel tempo ruminava certo nella sua mente, un altro mezzo di togliersi la vita.

1874 — D. B. O. uomo di 21 anno, allievo scultore, celibe, nato e domiciliato in Firenze. La madre fu convulsionaria e si suicidò; l' ava ed una zia materna furono al Manicomio. Circa sei mesi prima, era stato dolorosamente impressionato dal suicidio della madre che, per il primo, trovò impiccata alle colonne del letto. Era affetto da monomania ipocondriaca e confessava di sentire un impulso, per lui quasi irresistibile, al suicidio. Ammesso nel Manicomio il dì 26 Dicembre 1874, si mostrò calmo non delirante, solo dormì poco nella notte. Il giorno dopo si mantenne nelle stesse condizioni e non accennò per nulla di avere

delle intenzioni sinistre. Circa verso le 14, chiese di andare alla latrina e il servente lo mandò, ma vedendo che si tratteneva molto, andò a vedere cosa facesse e lo trovó impiccato per mezzo di un fazzoletto di seta che aveva al collo e che aveva trovato modo di assicurare all'arpione superiore della finestra.

1875 — F. S. donna, 25 anni, coniugata, attendente a casa. Fu alienata altre volte e racchiusa nel Manicomio di Fregionaia. Aveva di poco partorito ed ammalata di mente in seguito a ciò, aveva più volte detto che voleva gettarsi dalla finestra. Fu ammessa nel nostro Manicomio con diagnosi di monomania ipocondriaca il dì 22 Gennaio 1874 e vi rimase per quasi 13 mesi, guardata nella Infermeria, ma quieta, tranquilla, per lo più silenziosa. Il dì 5 Febbraio 1875, aveva alle 18 cenato tranquillamente, quando poco dopo si recó alla latrina, vi si chiuse dentro, assicurando il paletto della serratura con un pezzo di legno e vi si appiccò colla metà di un telo che aveva a tale scopo, da una parte, avvolto due volte attorno al collo, e dall'altra parte salendo sopra due bigoncioli, aveva attaccato alla più alta branca della inferriata della finestra.

1876 — B. M. donna, di 27 anni, nubile, bracciante, ammessa il dì 25 Luglio 1871 perchè affetta da frenastenia. Aveva linguaggio imperfetto, idee puerili, tendenze erotiche assai pronunziate. Era abitualmente tranquilla e faccendiera e veniva adoprata come aiuto nel servizio di nettezza; però, ogni tanto andava soggetta ad accessi maniaci ed in questi qualche volta aveva manifestato tendenza di legarsi dei piccoli nastri al collo. Il dì 8 Agosto 1876 era calmissima e disimpegnava, come al solito, il suo servizio, quando con molta sorpresa, fu trovata impiccata alle 15 1/4 alla inferriata della finestra di un piccolo dormitorio di pochi letti, che suoleva restar chiuso durante il giorno. Aveva preso un cignolo di cuoio, di quelli che servono a contenere i malati e fatto un nodo scorsoio colla fibbia di esso,

lo aveva attaccato così basso che stava in ginocchio e presentava contusioni nelle parti che toccavano il terreno. Presentava del pari, contusioni allo zigoma ed alla tempia rivolti verso il muro, contro al quale avevano sfregato. Sembra si fosse determinata al mal passo, perchè molto dispiacente per una punizione che una servente, alla quale era affezionatissima e che da giorni non vedeva perchè sospesa dal servizio, aveva subita.

B. C. — donna, 41 anno, coniugata, colona; ammessa il 10 Dicembre 1876 perchè affetta da monomania triste. Era malata da vario tempo. Nel Manicomio, aveva fatto un primo tentativo di suicidio, cercando di impiccarsi col nastro della sottana, ma dopo questo era tornata tranquilla, assennata nei discorsi e nel contegno, tanto che sembrava guarita e chiedeva anzi di andare a casa. Il giorno avanti al suicidio aveva veduto il marito, il quale le aveva promesso che avrebbe presentato l'opportuna istanza per secondare il suo desiderio. Parlando col medico, si era mostrata molto contenta di questa determinazione del marito e sembrava tranquillissima. Il dì 10 Dicembre 1876 fu trovata impiccata in una piccola stanza, accanto all'Infermeria dove era data in consegna, nel tempo appunto, che i Direttore faceva la visita e che stava per entrare in quel quartiere, circa le ore 10. Le serventi l'avevano vista pochi momenti avanti a sedere al suo posto, che faceva tranquillamente la treccia e poi più non trovatala, l'avevano cercata dappertutto, fuori che dove si trovava. Si era impiccata, questa volta davvero, col nastro della sottana, che aveva fissato ad un piccolo chiodo, infitto in alto nella porta, statovi messo molto probabilmente dalla malata che dormiva in quella cella, per attaccarvi i panni.

1879. L. G. uomo, di 45 anni, celibe, ex guardia di Pubblica Sicurezza, d'Empoli, ammesso il 13 Aprile 1878, perchè affetto da melancolia. Era da vario tempo guarito, e doveva essere licenziato. Da varii mesi era addetto al ser-

vizio di nettezza nel quartiere dei paganti, ufficio che disimpegnava con molto zelo. Il dì 30 di Luglio 1879 trovandosi sempre nelle identiche condizioni, avanti le 11, sbarró una bussolina che chiudeva un piccolo andito senza sfondo, dove si tenevano gli oggetti inservibili e così, sicuro di non essere disturbato, col mezzo di una vecchia poltrona che là si trovava attaccó un laccio fatto di nastri annodati, ad un travicello rimasto scoperto e vi si impiccò. Dai discorsi fatti nei giorni precedenti risulta che si appigliò a tal proposito, perchè calcolò che uscito dal Manicomio, si sarebbe trovato nella disperazione, essendo senza ricovero e senza sicuri mezzi di sostentamento.

1880. V. A, uomo di 60 anni, celibe, bracciante, di Marradi, ammesso per la seconda volta il 12 Agosto 1879 perchè affetto da melancolia periodica. Un fratello è stato alienato: lui nel 1850 in seguito a spavento fu convulsionario; manifestò idee di suicidio, ma solo nel primo e nell' ultimo accesso avuto. Era di umore triste, ma tranquillo ed ordinato nel contegno, tanto che era già stato adibito ai lavori dell' orto, non avendo, nello Stabilimento, fatto mai alcun tentativo. Il dì 1.° di Febbraio era cogli altri ricoverati, ai quali aveva offerto del tabacco, ed alle ore 17 1/2 si avviava con loro al dormentorio, dove giunto, si recò nella latrina. Essendo andato a questa poco dopo un altro ammalato, lo trovó appeso alla ferriatá della finestra, con un laccio fatto di nastri che servono a fermare le calze od i calzini troppo larghi.

Il medico era uscito dalla sezione pochi momenti avanti.

1882. D. B. S. donna, di 24 anni, nubile, attendente a casa, ammessa per la terza volta il dì 13 Novembre 1882, essendo nel periodo depressivo di una follia circolare. Due suoi fratelli furono alienati, ed essa ebbe convulsioni di natura isterica. Più volte manifestò tendenza al suicidio e per tre volte cercò di gettarsi dentro al pozzo. Nel Manicomio non aveva fatto alcun tentativo, nè aveva

manifestato alcuna idea delirante, ma appariva scoraggiata e triste. Avvicinandosi il Natale la malata chiese, per finire un lavoro che voleva regalare, di restare la sera alzata più del solito ed è certo in quèste nottate fatte, che con lunga pazienza si preparò il mezzo di togliersi la vita. Il giorno dopo il fatto era più sollevata del solito e volle anzi suonare al piano per far ballare le altre ricoverate; però alla sera non volle fare con queste la consueta preghiera, dicendo che preferiva di fare un sonnellino. Sul far del giorno del consecutivo 30 Dicembre 1882, fu trovata impiccata in una camera attigua alla sua, dove non stavano malate e la cui porta era stata lasciata aperta. Il laccio era attaccato alla inferriata della finestra, ed era formato da una striscia di tela di lenzuolo impuntita, unita ad un cignolo di cuoio. Come si è visto, tutto era stato preparato e condotto a termine col più fine accorgimento.

1883. C. A. uomo di 35 anni, celibe, di ignoti genitori, era stato condannato a 8 anni di reclusione militare, per aver risposto ad un superiore, ma dopo del tempo era stato graziato. Attualmente era detenuto, perchè condannato a due anni di casa di pena per furto domestico. Era stato ammesso dall' 11 Marzo 1883 perchè affetto da monomania sensoriale: credeva che volessero avvelenarlo e gettarlo giù dall' alto; credeva pure di essere influenzato dalla corrente elettrica e dal telegrafo e di essere dannato. Il dì 5 Giugno 1883 alle 4 1\2 si appiccò per mezzo di varii nastri di canapa uniti insieme, all' inferriata della cella, ove era stato posto, essendo clamoroso durante la notte e non dormendo nel letto nel quale non si sentiva sicuro, ma in terra, ravvolto in una coperta di lana. Il laccio era attaccato all' inferriata della cella e giungeva a soli 50 centimetri da terra, per modo che restava in posizione obliqua, col capo verso il letto. Il servente si accorse del fatto, perchè vide la estremità del laccio attaccata alla finestra della cella e tirandolo per sapere di che cosa si trattasse, sentì resistenza ed allora entrato dentro, vide il C. nella posizione so-

pra descritta. Non aveva mai manifestato propositi di suicidio.

1884 — T. A. uomo, 43 anni, coniugato, colono, di S. Casciano; ammesso il 23 Marzo 1882 perchè affetto da monomania con tendenza al suicidio. Aveva avuto un precedente accesso ed aveva sofferto di grave emorragia, per una ferita riportata ad un braccio. Più volte aveva detto, e talune volte anche nel Manicomio, aveva cercato con grande astuzia di uccidersi, per modo che era continuamente sorvegliato, con speciale servizio di vigilanza composto di due serventi che mai dovevano abbandonarlo. La notte del 17 Luglio 1884, alle ore 3 circa, si infuriò un malato nella corsia accanto ed il servente addetto alla sua sorveglianza, si allontanò per aiutare i suoi compagni; il T. approfittando di tale circostanza si impiccò alla inferriata della finestra della latrina, con una fascia da contenere i malati, e che non fu possibile sapere dove avesse trovata.

1886 — M. A. donna, di 38 anni, nubile, attendente a casa, ammessa il dì 16 Aprile 1885. Suo fratello è tuttora nel Manicomio ed essa ha avuto altri parenti alienati. Era malata di insufficienza mitralica e presentava manifesti segni di cloro—anemia ; aveva poi avuto una grande delusione in amore ed era stata acerbamente rimproverata da un suo pretendente. Dopo ciò, aveva tentato con ogni mezzo il suicidio, tanto fuori che dentro il Manicomio, ed aveva presentato un grave stato di melancolia, per il quale stava tutto il giorno immobile su di una seggiola, colla fisionomia atteggiata al più profondo dolore. Il giorno 25 Febbraio 1886 alle 8 1|2 si trovava sempre nella stessa posizione; essendo stata perduta di vista, fu ritrovata poco dopo, appesa alla ferriata della finestra, in una piccola stanza annessa ad un dormentorio posto al piano superiore. Il laccio era fatto di 5 pezzi di cencio e filo ed era attaccato all'altezza di poco più di un metro da terra, per modo che la malata si trovava in ginocchio colla faccia appoggiata fortemente al muro.

È probabile, che sia potuta fuggire dalla sua sala mentre questa era attraversata da ricoverate, che dai dormentori si recavano nelle stanze di riunione.

M. F. — Uomo di 39 anni, celibe, bracciante, di Marradi, ammesso il dì 29 Settembre 1885. Il padre suo, morì nel Manicomio di Firenze nel quale era stato condotto perchè affetto da melancolia con tendenza al suicidio. Egli si ridusse, poco avanti il suo invio nello Stabilimento in cattive condizioni per la miseria e cominciò a dire che sentiva un malessere indefinibile, per il quale non poteva più vivere. Fece infatti ripetuti tentativi di suicidio, tanto per impiccamento, tanto per precipitazione dall'alto, per modo che condotto al Manicomio fu posto sotto sorveglianza di due infermieri. Malgrado ciò il giorno 17 Marzo 1886 ad ore 17, approfittando del momento di confusione sempre prodotto dalla distribuzione del vitto, si impiccò alla inferriata di una finestra di una piccola stanza annessa alla latrina dell'infermeria, col mezzo di una piccola corda, che non si giunse mai a sapere come fosse venuta in suo possesso. La ipotesi più probabile è che doveva essere stata trovata nell'orto dello Stabilimento da qualche malato innocuo, adibito alla lavorazione di quello, e a questo fosse stata sottratta dal M..... È da notarsi che sull'orto del vecchio stabilimento, si aprivano molte finestre di case poste in una via laterale e che erano abitate da persone estranee allo Stabilimento stesso.

1890 — F. A. uomo, di 46 anni, coniugato, colono, di Fiesole, ammesso per la seconda volta il dì 7 Dicembre 1889, perchè affetto da melanconia con tendenza al suicidio. Sua madre si suicidò all'Ospedale di S.ta Maria Nuova in camera ostetrica, un suo fratello è alienato. Il F..... il 4 Dicembre, quindi tre giorni avanti il suo invio, cercò impiccarsi con una fune appesa ad una trave: soccorso a tempo, restò per qualche tempo in istato di coma, poi ebbe gravissime convulsioni che durarono varie ore. Il dì 17 del

Giugno successivo, nel Manicomio, fu trovato mentre attaccava una fascia ad una inferriata e sarebbe certamente riuscito ad uccidersi, se il servente non fosse giunto a tempo. Il dì 23 Settembre 1890, dopo altri vari infruttuosi tentativi, alle ore 5 1|2, con forza veramente erculea, tolse una vite che chiudeva un cignolo e con questo stesso cignolo attaccato alla spalliera del suo letto, si impiccò, mettendoselo al collo a forma di laccio e sdraiandosi sotto. Essendo imminente il trasloco al nuovo Manicomio, si aveva grande angustia dei locali, causa la graduale cessione dei medesimi ed in una sola stanza si avevano riuniti 7 malati con spiccata tendenza al suicidio.

1893 — D. D. uomo, di 18 anni, celibe, bracciante, di Empoli, ammesso il 1. Luglio 1891 perchè affetto da follia epilettica con tendenza omicida e suicida. Nel Manicomio, mai aveva dato alcun segno di volersi abbandonare a questa tendenza e dopo lungo periodo di osservazione era stato mandato al lavoro. Verso la fine di Giugno era stato tolto da questo, perchè era più inquieto, non avendo potuto decidere i suoi genitori a toglierlo dal Manicomio. Era stato confortato dal medico e pareva avesse ceduto alle esortazioni, quando il dì 27 Giugno 1893 alle ore 18 1|4 fu trovato in un dormentorio di un padiglione di semi-agitati, sdraiato per terra fra due letti, e grondante sangue per due ferite, una molto profonda alla gola e l'altra alla regione addominale. Scrivendo, perchè per la ferita alla trachea non poteva parlare, confessò di esser potuto salire nel dormentorio, valendosi di un ordigno da lui preparato con fili di ferro tolti ad una rete di separazione fra due giardini, e accennò, pure con tal mezzo, di aver potuto aprire la camera dei serventi, nella quale sapeva, essendo addetto alla pulizia del locale, che uno di questi, teneva un rasoio nello armadio e la chiave dello armadio sotto il capezzale. Avuto in mano il rasoio, si era con questo prodotto le due ferite, che lo condussero a morte dopo tre

giorni, malgrado ricevesse le opportune cure da esperto chirurgo.

N. R. uomo di 21 anno, celibe, bracciante, ammesso la seconda volta il dì 9 Agosto 1891 perchè affetto da follia epilettica. Una sua sorella era alienata, un cugino epilettico. Avanti la sua ammissione, aveva qualche volta dato segno di tendenza al suicidio, ma nello Stabilimento non aveva fatto alcun tentativo, per modo che da lungo tempo era adibito ai lavori dell'orto. Il giorno 26 Ottobre 1893, dopo di avere atteso allo inaffiamento dell' ortaggio, andò in una piccola stalla lì vicino, per depositate le scarpe grosse da contadino e prendere quelle ordinarie. L' ortolano col quale lavorava, vi entrò poco dopo per riportare il cavallo, e con gran terrore lo vide attaccato con una fune ad una trave della stalletta. Invece che soccorrerlo immediatamente, corse a chiedere aiuto e lo lasciò sospeso per più di dieci minuti, avendo perso la testa all' avvenimento, per lui nuovo ed inaspettato. Lo N . . . aveva il giorno avanti parlato col medico, al quale aveva detto di sentirsi meglio e di avere speranza di potere presto tornare a casa da sua madre.

1897. B. E. donna di 28 anni, coniugata, del Galluzzo, ammessa il dì 17 Agosto 1897 perchè affetta da melancolia. Aveva tendenze suicide, ma i parenti non avvertirono di questo fatto, perchè avevano paura, che venisse fermata in letto. Il dì 15 Agosto alle ore 13 si impiccò alla controfinestra di una cella del Padiglione di osservazione col panno che le era stato dato perchè nel periodo della mestruazione; la cella era stata visitata pochi momenti avanti che avvenisse il fatto, ed essa fu presto liberata dal laccio, ma senza risultato.

1898. G. P. uomo di 53 anni, coniugato, impiegato, di Firenze, ammesso il 27 Marzo 1898 perchè affetto da paranoia con delirio di persecuzione (era continuamente perse-

guito dalla Questura) e di grandezza (era invasato da potenza sovrumana, era destinato a grandi cose , doveva andare a Cracovia a riscuotere dei milioni etc.) Erano pendenti le trattative per la sua dimissione , ma , essendo andate in lungo, il malato, prima tranquillo, cominciò ad inquietarsi, ritenendo il ritardo causato da macchinazioni dei suoi nemici.

Persuaso dal medico, aveva dichiarato a voce e per iscritto di essere rassegnato ad attendere e sembrava tranquillo, quando la mattina del 12 Maggio 1898, senza aver dimostrato nessuna tendenza pericolosa, alle 6 3|4 fu trovato impiccato nella sua camera ai tranquilli, per mezzo di una ciarpa appartenente ad altro malato innocuo, che aveva assicurata alla spalliera del letto. Poco tempo avanti era stato visitato dal servente e, dietro suo invito, aveva cominciato a vestirsi e si era messo traquillamente a fumare.

1901. M. T. donna di 19 anni, coniugata, colona, di Vicchio, ammessa per la seconda volta il 10 Settembre 1901 perchè affetta da melancolia. Una zia della madre fu alienata di mente; essa, aveva presentato, a casa, tendenze suicide. Era molto migliorata e sebbene un poco taciturna, appariva tranquilla e serena, si occupava il giorno e dormiva abbastanza la notte. Il dì 5 Novembre 1901 alle ore 10 circa, era nel giardino delle tranquille e faceva di buona voglia la treccia, senza svegliare il minimo sospetto. Persa un minuto di vista, ed inutilmente cercata, fu rinvenuta poco dopo davanti un casotto dell' orto, che serve per vuotare le spazzature, attaccata alla inferriata, posta in alto ad impedire evasioni , con un laccio intorno al collo formato da filo di ferro tolto dalla rete di divisione, più da nastro e spago. La suicida toccava terra ed era quasi in ginocchio, colla persona appoggiata contro il muro e con la testa ed il collo, dentro la finestra, praticata, come ho detto, per vuotare le immondizie.

III.

Essendo questi dati raccolti dall'anno 1844 all'anno 1901 inclusivi, si ha dunque, che nello spazio di 58 anni si sono avuti 22 suicidii; cifra davvero non ragguardevole, se si pensa che, secondo il Mathews, si avevano nel 1891 in tutto il mondo, circa 180,000 suicidi all'anno, che, secondo la Rivista d'Igiene, se ne contano ora più di 2000, ogni anno in Italia, e che il Manicomio è il posto dove vengono condotti quelli che hanno la più spiccata e la più ostinata tendenza al suicidio. L'essere poi avvenuti in tutto il tempo, col cambiamento più volte ripetuto, di serventi, di medici ed anche di ambiente, dimostra che il suicidio è disgraziatamente un fatto doloroso ma inevitabile nei Manicomî, come del resto dimostrano le statistiche anche non molto estese, riguardanti stabilimenti nostrani e forestieri.

Per vedere con quale frequenza si siano succeduti nei diversi anni, il solo confronto del tempo è insufficiente a dare un rapporto giusto, essendo il Manicomio di Firenze nel periodo di anni considerato, non rimasto stazionario, ma avendo invece progressivamente aumentata la sua popolazione, tanto da essere giunto col 31 dicembre 1901 ad un numero di 1317 alienati, mentre erano nello stesso giorno del 1844, soli 383.

Il raffronto per me più indicato, è quello fra il numero dei suicidii da una parte, ed il numero delle ammissioni e quello delle giornate di spedalità, dall'altra; in quanto le ammissioni ci dimostrino quanti differenti malati si sono avuti in osservazione, le giornate di presenza per quanto tempo sono stati trattenuti nel Manicomio. Per riguardo alle ammissioni, mi è stato facile compilare il seguente prospetto, nel quale, per fare i

debiti raffronti, i 58 anni sono stati divisi in periodi di 10 anni ciascuno, eccetto l'ultimo, al quale sono venuti necessariamente a mancarne due:

Numero dei suicidii in rapporto al numero delle ammissioni, dall'anno **1844** *all'anno* **1901** *inclusivi.*

ANNI	1844 - 53	1854 - 63	1864 - 73	1874 - 83	1884 - 93	1894 - 901	TOTALE 1844 - 901
N° degli ammessi	2911	3480	3802	4142	4648	4988	23971
N° dei suicidii	1	2	2	8	6	3	22
Proporzione 0/00	0,34	0,57	0,52	1,93	1,29	0,60	0,91

Quanto alle giornate di spedalità la cosa è un poco differente, perchè dal 1870 in poi, essendosi cominciato da quell'anno a tenere una tabella col movimento giornaliero degli alienati, mi è stato facile avere il numero delle giornate di presenza; ma avanti quella epoca, non esistendo, fatto, tal movimento, sarebbe occorso fare il computo malato per malato e quindi si andava incontro ad un lungo e noioso lavoro, che a me pare non francasse la spesa di fare. Infatti, essendo sempre stati ammessi presso a poco nella stessa proporzione i malati guaribili e quelli non guaribili, essendo stato presso a poco uguale il tempo nel quale si è compiuta la loro guarigione, da ciò resulta che la proporzione fra le ammissioni e le giornate di spedalità, é abbastanza costante e non apporta grande differenza il prendere una sola come termine di paragone.

Come prova di ciò, nel seguente quadro esporrò quale proporzione si sarebbe avuta, prendendo, invece del numero delle ammissioni, quello delle giornate di spedalità, negli anni naturalmente dei quali conosco i resultati, e si vedrà come si abbia ben piccola differenza nelle proporzioni:

Numero dei suicidii, in rapporto al numero delle giornate di spedalità, dall' anno 1874 all' anno 1901, inclusivi.

ANNI	1874 - 83	1884 - 93	1894-901
Numero delle giornate di spedalità	2,647,950	3,188,663	3,695,358
Numero dei suicidii	8	6	3
Proporzione per 1,000,000	3,02	1,88	0,81

Dal confronto dei due specchietti emerge chiaro che se necessariamente cambiano i numeri, i rapporti loro si mantengono abbastanza costanti, specialmente nei due termini estremi e si può prendere quasi indifferentemente tanto l'uno che l'altro dei due prospetti, tutti e due portando alla stessa conclusione. In simile stato di cose, prendendo il primo quadro, che è il più completo, da questo si vede come la media dei suicidii sia bassa nei tre primi decennii, si innalzi molto nel quarto e torni a decrescere un poco nel quinto, notevolmente nell'ultimo periodo considerato, che potrebbe migliorare ancora, se le cose andassero bene, nei due anni che occorrono per compirlo.

Le ragioni di questo fatto sono molto complesse; ma senza entrare in minuti dettagli ne esporrò le principali.

Le buone condizioni dei primi decennii non sono che la manifestazione parziale di un fatto generale, in quanto allora i suicidii fossero molto rari in Toscana, e dappertutto, per ragioni che non è qui luogo di esaminare. Che i suicidii fossero in quel tempo poco frequenti nei Manicomii, come lo erano fuori, lo dimostra anche la statistica dell'Asilo di Charenton, riportata dall'Esquirol. Il rapido e notevolissimo aumento del quarto decennio è per me principalmente dovuto al soverchio affollamento dei malati che in quell'epoca appunto si verificò, il quale è sempre cagione di disgrazie e di gravi inconvenienti, molto più se si verifica in locali male adatti, come appunto erano quelli dell'antico stabilimento, che a forza di ampliamenti e di rabberciamenti, fatti come si poteva, non corrispondeva più al suo scopo. Il leggiero miglioramento del quinto e quello molto più rilevante dell'ultimo periodo si deve all'abbandono di quei locali avvenuto nel 1890 ed alle migliorate condizioni sia economiche, che di servizio degli

infermieri. Come prova di ciò, posso portare il fatto, che da quando la guardia notturna, da 12 ore è stata portata a sole 5, non si è più avuto alcun suicidio di notte.

Prenderò ora in esame i 22 casi di suicidio osservati e su questi farò brevi considerazioni, poichè il loro numero è troppo ristretto per trattenervisi di soverchio.

Per riguardo al sesso, facilmente troviamo che i 22 casi si dividono in 14 uomini e 8 donne. Come ben si vede, la proporzione di 1 a 3 non è stata qui riscontrata e la ragione è per me facile a trovarsi. La proporzione in parola è resultata dallo esame di tutti i suicidii, da qualunque causa sieno prodotti, mentre, sui nostri suicidii si può dire che esiste come movente una sola causa, ed è l'alienazione mentale. Ora, nei suicidii in generale, la pazzia, come causa, ha grande predominanza nel sesso femminile e quindi è naturale che i suicidii sieno più frequenti del solito nelle donne, in un luogo che serve di ricovero esclusivamente ai pazzi.

Altra osservazione è che i malati più da sorvegliarsi e più pericolosi sono i nuovi ammessi, avendosi avuti 14 suicidii nei primi 6 mesi di osservazione e soli 8 in tutti i mesi ed anni successivi.

E dei 14 casi, 10 sono avvenuti nei primi 2 mesi di degenza; si ha dunque in questo breve periodo di tempo quasi la metà dei casi, e, si può aggiungere, che 4 alienati si sono uccisi, si può dire appena entrati nello stabilimento. Ciò serve a dimostrare che il rapporto fra il numero dei suicidii e quello delle ammissioni, che le circostanze mi hanno suggerito di prendere, è dei due quello da preferirsi, avuto riguardo che é più pericoloso nel nostro caso avere molte ammissioni che lunghe degenze nello stabilimento.

Per aumentare il numero dei casi, mi viene l'idea di

aggiungere ai suicidii, anche i casi di tentato suicidio, per raggranellare così tutti i dati di cui posso disporre. L' idea non è nuova ed é stata già discussa, sempre col resultato che un suicidio tentato si può sotto quasi tutti gli aspetti, paragonare ad uno consumato, essendo solo per causa fortuita ed indipendente dalla volontà dell'agente, se non ha incontrato la morte come desiderava. L'unica ragione, per la quale i tentati suicidii non figurano nelle statistiche è solo perchè è difficile, quasi impossibile, valutare il loro numero, cosa difficile talvolta anche nei veri suicidii (Morselli). Ora, questa difficoltà non esistendo nel mio saggio limitato di statistica, non vedo ostacoli a procedere oltre, nel modo escogitato.

Malgrado questa nuova chiamata a raccolta, i 37 casi sono sempre troppo pochi per trovare da notar qualcosa sulla condizione sociale, lo stato civile ed il domicilio degli individui ai quali si riferiscono e farne dei confronti.

Riguardo alla età, noto una prevalenza dei giovani su quelli di età matura, avendosi 25 suicidati avanti i 40 anni e soli 12, dopo. Il numero dei suicidii, in generale, aumenta col numero degli anni, rendendosi sempre più aspra, a misura che cresce l' età, la lotta per l'esistenza a causa degli aumentati bisogni. Nel nostro caso, il movente è l' alterata condizione mentale; alterazione che in molte forme si sviluppa indipendentemente dallo ambiente, e da ciò potrebbe avere origine la differenza.

Per quanto poi si riferisce alla eredità della pazzia e del suicidio, trovo che questa, sopra 37 è stata verificata in 16 casi ed oltre essere, come si vede, frequente, talune volte si presenta diretta ed in parenti strettissimi senza però mai raggiungere il bellissimo esem-

pio di suicidio familiare, pubblicato dal Maccabruni.

Un poco più d' importanza hanno le seguenti osservazioni, in quanto possano offrire qualche ammaestramento per l'alienista. È resultato, che 7 malati nei tentati suicidii ed altri 7, nei suicidii compiuti, in tutto 14 malati sopra 37, non avevano notato alcuna tendenza nella modula e quindi, molto probabilmente, non erano stati messi sotto speciale sorveglianza, essendone mancato il motivo; nel terzo circa dei casi si ha dunque anche lo svantaggio, e non piccolo, di essere presi alla sprovvista.

Il mezzo adoperato per uccidersi richiama meno l'attenzione, in quanto dia solo un' assoluta prevalenza all' impiccamento. La ragione di ciò, è molto evidente e non occorre di dimostrazioni. Gli alienati, associati ad uno stabilimento, si impiccano, perchè non riesce loro di trovare che un laccio, essendo stati allontanati tutti gli oggetti pericolosi con previdente oculatezza. Il fatto che su 37 individui, ben 29 hanno cercato od ottenuto la morte, impiccandosi, dimostra chiaramente che le disposizioni date vengono rispettate e che nei Manicomii è stato fatto di tutto per allontanare le possibilità di suicidio e non si è riusciti ad ottenere completamente l'intento solo perchè è impossibile rinunziare del pari ai vestiti, ai lenzuoli ed ai fazzoletti col mezzo dei quali i malati si fabbricano il laccio, essendo naturalmente da preferirsi che ogni tanto se ne uccida uno, che mettere tutti nelle condizioni dei popoli primitivi.

La stagione dell'anno nulla dice; qualcosa, l' ora in cui è stato fatto il tentativo. Se si considera il giorno e la notte equabilmente diviso, come appunto si verifica negli equinozii, si trova, che si ebbero 23 tentativi riusciti o no, di giorno e soli 14 di notte. Il giorno è il tempo in cui viene fatto il servizio di pulizia, viene

fatta la dispensa del vitto, ed altre molte faccende; è quindi più facile che l'attenzione dei serventi venga distratta, tanto più che la notte con la sua quiete, difficilmente turbata, col maggior numero di malati addormentati nel letto, rende facile la osservazione dei pochi che sieno insonni e, per una ragione o per un'altra, cerchino di allontanarsi dai loro posti. Si è poi visto che i suicidii sono avvenuti a qualunque ora e quando davvero doveva presumersi la maggior vigilanza, come l'ora in cui il Direttore faceva la sua visita o quella in cui la facevano gli altri medici dello stabilimento.

Per riguardo al luogo dove è stato tentato l'atto, si trova che sopra 37 casi, 25 sono avvenuti in luoghi chiusi, una cella, una camera (16) o nella latrina (9): 12 in luoghi aperti, come stanze di riunione, giardini, corridoi, ecc. Ciò conferma quello che l'Esquirol aveva notato per il primo, e che facilmente si capisce, deva accadere. Nel nostro Manicomio in vista di ciò, oltre gli spiatoi alle celle, sono stati aggiunti di recente degli spiatoi un poco più discreti ma ugualmente efficaci nel loro scopo, alle latrine e con ciò si spera saranno rese meno pericolose. A questo proposito, faccio osservare che il Manicomio deve servire a due generi di ammalati ben differenti: i depressi e gli agitati. Quello che è giovevole ed efficace per gli uni, è indifferente od anche dannoso per gli altri e le celle che sono il miglior modo di isolamento dei maniaci, sono come si è visto di grande pericolo per i malinconici. É presto detto che si può rimediare bene a ciò, facendo appositi locali per gli uni e per gli altri, ma però l'agitazione e la tendenza al suicidio talvolta sono congiunte ed allora è difficile regolarsi; e d'altra parte non sarà mai possibile di evitare l'uso delle latrine, nelle quali una vigilanza continua ed insistente, diviene una specie di

tortura pei ricoverati. Quanto più si progredisce nella via, sempre più si trovano le ragioni, che rendono il suicidio negli stabilimenti di cura delle malattie mentali, una dolorosa, ma inevitabile fatalità. Il Maudsley in un suo libro racconta di una malata in preda a continua tendenza al suicidio, che inspirava serie apprensioni sulla sua vita, per cui gli amici decisero di collocarla in un asilo, dove la organizzazione interna fosse così ben disposta da *prevenire ogni pericolo.* Il voto fu soddisfatto, ma la malata, in questo Asilo fu trovata impiccata, solo dopo tre mesi.

Le diagnosi non servono di riprova, come mi sarei aspettato, per giudicare sul diverso grado di pericolo che offrono le differenti forme morbose, a causa che rimontando a molti anni fa, in queste non può figurare la demenza precoce, che, abbiamo visto, è fra le prime a dover esser considerata. Riporterò le diagnosi, quali si trovano nei registri, non potendo fare per queste che ipotesi, sulla cui attendibilità lascio così ad ognuno il modo di giudicare.

TENTATI SUICIDII		SUICIDII	
Demenza precoce . .	5	Melancolia	8
Follia paralitica . .	3	Monomania	6
Mania	3	Lipemania	3
Melancolia	2	Follia epilettica . .	2
Follia alcoolica . . .	2	Imbecillità	1
		Follia circolare . .	1
		Delirio di persecuzione	1
	15		22
		TOTALE 37	

Le diagnosi di monomania e di lipemania riferendosi all' epoca nella quale sono state fatte, rispondono indubbiamente al concetto che Esquirol aveva di queste malattie; ora, rileggendo gli esempii che ne porta nel suo trattato, sia per i sintomi presentati, sia pel decorso e l' esito avuti, mi sembra che il maggior numero dei casi siano da ritenersi demenze precoci, più che vere melancolie. In questo concetto, resulta che le due forme morbose di demenza precoce e di melancolia, si presenterebbero in egual numero e che sarebbero le più pericolose, come avevamo già veduto esaminando le storie dei 405 malati, stati precedentemente presi in esame. In rapporto al numero degli epilettici, i suicidii in questi si sarebbero dimostrati in numero molto più piccolo, di quello che sarebbe stato da prevedersi, cosa che si spiega molto bene coi benefici effetti che la continuata cura bromica e l'allontanamento da ogni stravizio producono costantemente in tali malati. È importante la conferma che anche i frenastenici si uccidono e si è visto per quali futili motivi, perchè sono tal genere di malati, che a priori si ritengono innocui, e per la sorveglianza dei quali è ben difficile che si prendano precauzioni.

Un' ultima considerazione la offre il considerare lo stato in cui si trovavano i malati, quando commisero il suicidio o il tentativo di togliersi la vita. A questo proposito trovo che i 37 casi, si possono distinguere nel modo seguente:

Malati che si uccisero, nelle medesime condizioni di malattia	23
» » migliorati	13
» » guariti	1
TOTALE	37

È un poco strano che 13 malati essendo migliorati, abbiano pure cercato di ammazzarsi e sembrerebbe stranissimo, che sia andato volontariamente incontro alla morte un guarito. Ciò solo dimostra che nei Manicomii non vanno perdute le cause di suicidio che agiscono sopra i non alienati e li determinano a commetterlo, e che la tendenza al suicidio, anche nei Manicomii, non è sempre strettamente collegata con la pazzia, come a tutta prima si crederebbe. Sui ricoverati nel Manicomio, agiscono le cause patologiche, ed anche quelle ordinarie del suicidio, ed a misura che si dileguano le prime e che il malato torna ad apprezzare esattamente le condizioni della sua vita, vengono in campo le seconde, sia pure in modo addirittura eccezionale. Questo fatto deve ammaestrare, con quanta ponderazione occorra procedere prima di giudicare che un individuo che ha avuto la fatale tendenza possa ritenersi innocuo verso sè stesso.

Oltre il miglioramento duraturo ed accertato dalla osservazione per settimane e per mesi, da molte storie risulta, che il malato, il giorno avanti o lo stesso giorno del suicidio era apparso cambiato ed in meglio, apparendo più tranquillo e più laborioso. Questo cambiamento, credo sia dovuto a che esso ha finalmente trovato il mezzo di uscire dai guai che lo tormentano e, dopo tante esitazioni, il fermo proponimento fatto, gli dà una serenità ed una calma, che prima, in tante angoscie, non poteva possedere. Anche di questo fatto, va tenuto il debito conto, perchè in realtà rappresenta un nuovo pericolo, addormentando ragionevolmente la sorveglianza del servizio, quando, invece, dovrebbe rendersi più continua ed efficace.

Malgrado le fatte considerazioni non nascondo però che quando trovai che si era impiccato uno guarito, pensai subito ad un caso di dissimulazione di malattia,

o ad un' apparenza di guarigione. La storia del caso mi apprese subito, che non poteva trattarsi di dissimulazione, non volendo anzi il malato uscire dallo stabilimento, e la possibilità che il dispiacere di tornare alle asprezze della vita, in specialissime condizioni, possa determinare il suicidio, mi è stata confermata da altri fatti, per modo che più non ne dubito. Pochi anni fa un epilettico, certo P. E. fu ripescato in Arno e condotto al Manicomio. In questo, apparve completamente sano di mente; per modo che passato il tempo debito di osservazione, gli fu detto che doveva essere dimesso. A tale annunzio, il P. minacciò di fare un nuovo tentativo di suicidio, per evitare il ritorno nella società, dove non sapeva come vivere.

A togliere ogni dubbio dirò di un altro caso, nel quale non può mettersi in dubbio la guarigione, nè, d'altra parte, si può dubitare del proponimento di uccidersi, caso, la cui notizia devo alla gentilezza del mio egregio collega Dottor Bosi:

Il 6 Giugno 1892 fu ammesso nel Manicomio certo B. R. affetto da follia alcoolica. Prestissimo si rimesse in salute e solo era trattenuto, perchè i parenti, in vista dei suoi precedenti, avevano difficoltà a riprenderlo in famiglia. Nel frattempo, lavorava coi serventi e si mostrava tranquillissimo. Dopo lunghe trattative, il 29 Dicembre dello stesso anno veniva dimesso e la guarigione è stata così stabile, che non è ancora ritornato. Appena tornato a casa, il B. mandava al suo medico curante la seguente lettera in carta tutta elegante ed ornata da una viola del pensiero:

1892, Pistoia al 30 Dicembre

Lustrissimo Signore,

Avendo ricevuto la grazia da lei che io desiderava, non cesserò mai di dire altro che bene di lei e benedire la sua

famiglia. Perchè io mi ero fatto perduto, li spiego cosa tentavo di fare, cioè di buttarmi fuori di finestra e mi sarebbe certamente riescito perchè andavo ad aiutare i serventi. Il motivo era che Lei mi diceva per due volte che in casa non mi ci rivolevano; non gli posso dare ad intendere come avessi fatto a resistere e perciò posso dire che Lei è stato il mio salvatore. Altro non gli posso dire che grazie a Dio ho trovato la mia famiglia sana e sono rimasto molto contento. Li faccio sapere che ho cominciato subito a lavorare e spero che presto avrò rimesso in ordine la mia famiglia.

Altro non posso dirgli che salutarla e faccia buon capodanno lei insieme alla sua famiglia e mille felicitazioni. Mi firmo:

B. R.

Avanti di abbandonare definitivamente l' argomento, voglio fare un appunto. Da tutti i 22 rapporti da me stati rintracciati resulta che i pazienti furono subito soccorsi, secondo l'arte medica consigliava e tutti ricevettero quelle cure che erano da apprestarsi loro, a seconda dei casi. Non entrerò a parlare delle ferite, chè su queste, la quistione è tutta chirurgica e non può essere trattata che caso per caso, ma mi fermerò sui numerosi casi d' impiccamento, i quali offrono il destro di fare alcune considerazioni non del tutto fuori di argomento.

A questi, da quando si conobbe la respirazione artificiale, ed il Tamassia dimostrò nel 1880, con esperimenti sugli animali, che è il miglior mezzo di soccorso agli impiccati, fu sempre, subito e con perseveranza applicata, ma però senza alcun risultato. È facile intendere che ciò era successo, perchè, malgrado tutta la buona volontà da parte del personale medico e di assistenza, era stata praticata quando l'individuo era già

morto. É quindi bene, di vedere quali speranze possa offrire e se sia dovere di sempre praticarla anche quando si può quasi dire che non offra alcuna fiducia di successo.

La morte negli impiccati, stando al Tourdes, per unanime consenso di quelli che hanno trattato tale importante argomento di medicina legale, viene prodotta dalla asfissia, dalla compressione dei vasi e dei nervi, dalla lesione della midolla spinale, che produce morte istantanea, ma che è così rara da potersi trascurare.

L'asfissia da taluni, e sono i più, è tenuta in molto conto. Gli autori che parteggiano per tale opinione, si basano sui segni di cianosi, che talvolta si trovano sui cadaveri degli impiccati e sull'esperimento seguente, più volte ripetuto, che se si sospende un animale ad un laccio e quando è per morire gli si apre la trachea continua a vivere per delle ore, malgrado rimanga sospeso per il collo. La compressione dei vasi dà la congestione cerebrale se è leggiera ed agisce sulle vene giugulari, dà l'anemia cerebrale (Filippi) se è forte e può giungere a ben serrare le carotidi. I nervi compressi più da temersi per la loro alterata funzione, sono il pneumo-gastrico, che agisce sul cuore ed il laringeo.

Queste differenti cause di morte è difficile che agiscano da sole o si presentino in tutti i casi e però all'atto pratico, ora l'una ora l'altra ha la predominanza a seconda della posizione del laccio, del peso e della posizione del corpo e di tante altre condizioni, nel cui esame non posso ora entrare. Si capisce che, in tutti i casi, la respirazione artificiale che rianima i movimenti respiratorii e la circolazione del sangue, secondo mi insegnava il mio maestro, Professore Pacini, è benissimo

indicata, ma quale è il limite oltre il quale rimarrà inefficace?

Mascka pensa che un impiccato può essere salvato dopo 2 o 3 minuti da che è rimasto sospeso, Tardieu che occorrono 6 o 10 minuti prima che la morte avvenga e che anche dopo questo tempo, possa essere salvato. Faure arriva fino a 20 minuti ed in circostanze, addirittura eccezionali, di ossificazione delle cartilagini faringee, pare si possa giungere fino a 50 minuti. Nell'uomo, messe le condizioni più sfavorevoli, i più pensano debbano occorrere almeno 5 minuti, nella grande maggioranza dei casi, perchè la morte avvenga. Però Parrot riporta il caso di un giustiziato per impiccamento, che staccato dopo 25 minuti, dava segni di vita che continuarono per 4 ore; e si hanno altri esempi di vita, continuata per 15 e 22 ore ed anche per 6 giorni. Clusemann ed Hoering riportano ciascuno un caso di impiccamento di giovini individui che vennero salvati da cure perseveranti. Brouardel riporta pure esempii di impiccati suicidi, distaccati e richiamati in vita ed in qualcuno di essi il ristabilimento fu pronto. Per esso, i casi nei quali si ha congestione cerebrale insieme ad asfissia, sono i più favorevoli, mentre negli altri gli accidenti consecutivi sogliono sempre portare a morte il paziente. Posso ancora io portare un esempio:

C. G.; ammesso in questo Manicomio il dì 4 novembre 1885 era un delinquente nato dei più tipici, che simulava abbastanza bene la pazzia. Smascherato e dichiarato responsabile di un numero grandissimo di frodi e truffe, da lui commesse, simulò un tentativo di suicidio che, poco mancò non gli riuscisse fatale. Questo individuo l'aveva a morte con un servente che diceva gli facesse la spia ed aveva giurato più volte di suicidarsi, quando questi fosse

stato di guardia, perchè credeva di farlo condannare dal Tribunale. Una sera infatti che era di servizio, con una fascia attaccata alla finestra fece il tentativo, cercando di assicurarsi però dalle funeste conseguenze con un telo attaccato alla stessa finestra e messo attorno alla vita. Il telo era vecchio, si ruppe e fu trovato impiccato sul serio, cianotico, addirittura incosciente e con la camicia ed il corpo bagnati di sperma, essendo già avvenuta la eiaculazione. Praticatagli subito ed energicamente la respirazione artificiale si riebbe abbastanza presto e poi si rimise completamente.

In seguito a tali fatti, col sospetto di trovarsi davanti ad un caso di morte apparente, nella impossibità di poter accertare da quanto tempo è avvenuto l'impiccamento, io credo dover dire che la respirazione artificiale va sempre tentata, avvalorata da iniezioni di eccitanti, inalazioni di ossigeno, correnti elettriche, applicazioni fredde e senapizzazioni alla faccia ed al petto, a seconda delle diverse indicazioni fornite dall'aspetto esterno del paziente.

Dai numerosi fatti riportati si può dunque concludere, che in un Manicomio, in una sezione di 405 ammalati, si trovarono 132 individui che hanno presentato tendenza al suicidio, 87 che sono da ritenersi ancora pericolosi e 14 poi pericolosissimi. Le forme morbose mentali, nelle quali questa tendenza prevalentemente si trova, sono: la demenza precoce, la melancolia e la epilessia, le quali offrono ciascuna una differente maniera di pericolo. Il demente precoce è da temersi perchè è impossibile di prevedere i tentativi che fa, tanto sono determinati da idee assurde; il melancolico perchè li ripete con una tenacia ed una disperazione grandissime; l'epilettico perchè è spesso dominato da uno stato di profondo malumore, o perchè può determinarsi ad

un tratto per impulso incosciente. Gli alienati ammessi negli asili continuano, malgrado le precauzioni prese, a far tentativi; però questi sono rari; rarissimi poi i suicidii compiuti, per modo che il Manicomio ben corrisponde alla fiducia che in esso vien riposta.

Il suicidio è un fatto doloroso, ma inevitabile nei Manicomii e può essere reso meno frequente con locali adatti, non di soverchio affollati e con infermieri abili e ben trattati. È più frequente negli uomini, non però nella proporzione che questi tengono nel numero totale dei suicidii, e si verifica il più spesso nei primi tempi di degenza del malato, quando questo non è ancora ben conosciuto. In circa un terzo dei casi prende alla sprovvista, non avendo avanti dato alcuno indizio di sè. Il suicidio è compiuto in gran prevalenza con l'impiccamento, più di giorno che di notte, più nei luoghi chiusi che in quelli aperti, più sorvegliati. I suicidii si verificano in grande maggioranza nei malati di demenza precoce e di melancolia; negli epilettici, non si trovano con quella frequenza che era da aspettarsi e ciò a causa degli effetti della cura bromica. E' risultato pure che si uccidono persone migliorate della malattia mentale, per la quale erano state messe nel Manicomio ed anche in modo addirittura eccezionale delle persone guarite, sulle quali erano tornate ad agire le ordinarie cause del suicidio.

Naturalmente, se vi avessi insistito, sarebbero resultate cose già note e senza bisogno di conferma; che cioè a render più radi i suicidii giova l'allontanamento di tutti gli oggetti pericolosi e l'applicazione delle controfinestre per impedire le precipitazioni dall'alto (Esquirol, Marcè). Sarebbe del pari resultato che possono rendere ottimi servigii: la razionale distribuzione dei malati pericolosi nei diversi comparti, la

loro cura attiva ed energica, i modi amorevoli e persuasivi, usati verso di essi e, principalmente, l' abituale designazione di questi ai serventi perchè non li perdano mai d' occhio.

E' con tutti questi mezzi riuniti che si è ottenuto il bel resultato che i suicidii scemano nei Manicomii mentre nella vita sociale, in Italia e fuori, vanno sempre e progressivamente aumentando.

Marzo del 1902.

BIBLIOGRAFIA

Esquirol — Des maladies mentales — Bruxelles, 1838.

Pinel Scipion — Traité de pathologie cérébrale, ou des maladies du cerveau — Paris, 1844.

Marcè — Traité pratique des maladies mentales — Paris, 1862.

Falret — Des maladies mentales et des Asiles des alienés — Paris, 1864.

Dagonet — Nouveau traité elementaire et pratique des maladies mentales — Paris, 1876.

Ball — Leçons sur les maladies mentales — Paris, 1880-83.

Bucknill and Tuke — A manual of Psychological Medicine — London, 1862.

Maudsley — La responsabilità nelle malattie mentali (Traduzione Tamassia) — Milano, 1875.

Id. — La pathologie de l' ésprit — Paris, 1883.

Morselli — Il suicidio — Milano, 1879.

Tanzi e Riva — La paranoia — Rivista sperimentale di Freniatria, Anno X.

Maccabruni — Una famiglia di suicidi (Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia criminale, Fascicolo IV, 1883).
Antonini — Il suicidio negli alienati (Bullettino della Società medica provinciale di Bergamo, Luglio 1885).
Finzi — Breve compendio di Psichiatria — Milano, 1899.
Angiolella — Tendenze suicide negli alienati (Atti del X Congresso della Società Freniatrica italiana, Napoli ottobre 1899).
Mülberger — Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten für die Verhütung des Selbtmordes der Geisteskranken (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XLIII, N. 1).
Kraepelin — Psychiatrie — Leipzig, 1896.
William Mathews — Civilisation und Selbstmord — Neurologisches Centralblatt, 1891, N. 7.
Monastier — Le suicide dans la paralysie générale (Annales médico-psycho-physiques, Marzo-Aprile 1900).
Sullivan — The relation of alcoholism to suicide in England, with special reference to recent statistics (Journal of mental science. Aprile 1900).
Filippi — Manuale di medicina legale, 1896.
Tourdes - Pendaison — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Paris 1886.
Rivista d' Igiene e Sanità Pubblica — Torino 1902.

BIBLIOGRAFIE

P. Rossi — I SUGGESTIONATORI E LA FOLLA — *Torino, Fratelli Bocca, 1902.*

L'essere divenuta la Scienza elemento sempre più integrante della vita sociale, se da una parte ha moltiplicato il numero dei cultori di essa, inducendo trasformazioni profonde nel modo di lavorare di ognuno; dall'altra ha reso possibile l'insorgenza di tutta una falange di individui, che producono, per occasione, ed in vista d'immediate utilità pratiche, punto sinceri, e nocivi dopo tutto agli sviluppi del movimento scientifico complessivo. Sì che nell'ora presente, mentre da una parte non può ammettersi il solitario pensatore e ricercatore di un tempo, che condensava in un libro la sua vita intera, avendo le società scientifiche, il giornalismo, le conferenze, ed altri mezzi, reso frazionato il lavoro, e tale che ad ogni momento entri in attrito fecondo con quello degli altri; dall'altra in questo affacendarsi e confondersi dei contributi d'ogni singolo lavoratore allo incremento di grosse questioni, per cui la sua figura individuale resta quasi perduta, o certo sfumata nei contorni in mezzo al lavorio di tanti e tanti operosi: dico, in tali contingenze, è possibile l'insorgenza di pseudolavoratori, che si ammantano delle spoglie di molti altri, e spesso, sostituendo alla sincerità l'abilità, toccano i maggiori successi nella vita pratica a mezzo della Scienza.

Per tutte queste ragioni si rimane felicemente impressionati, quando s'incontra, qua e là, una figura di lavoratore integra, profondamente sincera, qual'è questa del Rossi, che coltiva la Scienza per la Scienza senza veduta utilitaria alcuna, e che, nonostante la vastità e complessità delle ricerche, in mezzo a cui si affatica, sa non perdere la linea sua personale, caratteristica, che lo distingue fra innumerevoli scienziati.

Infatti il Rossi, molto giovane ancora, ci ha dato una serie di libri, che sono monografie intorno alla *psicologia collettiva*: tratto di unione fra la psicologia individuale e quella sociale, e che è quasi gloria italiana

agl' inizii, essendo rampollata, per il Ferri, ed il Sighele in special modo, dal tronco fecondo dell' opera lombrosiana. Con ciò non intendo punto menomare il pregio di altri ed eminenti cultori della psicologia collettiva, nè dei lontani precursori di essa; dico soltanto, che col Ferri, con il Sighele e con quelli che vennero appresso, si presentò tale capitolo della scienza psicologica sotto un punto di vista caratteristico e nuovo.

La Scuola francese con i suoi profondi studii sulla suggestione rese possibile un simile orientamento, continuato poi dal Lebon, dal genialissimo Tarde e da molti altri.

Il nostro Rossi, dopo avere studiato la psicologia collettiva negli aspetti normali e morbosi, e dopo avere delineata la figura dei reggitori della folla, dei così detti meneurs, passa in questo suo libro a studiare la questione precisa dei rapporti tra folla e suggestionatori.

Lo studio è felice. Il Rossi ha un singolare intuito dell' anima collettiva, vive per le sue attitudini simpatiche dell' anima dei molti, in quanto risulta dal caotico intrecciarsi di impulsi individuali mal definiti: egli vive della vita di questi suggestionatori della folla, artisti, oratori, tribuni, guerrieri, che dall' intimo connubio con l' anima collettiva, da questo magico tuffarsi nel confuso mare di tante oscure ed indefinite tendenze, traggono vigorìa di sentimento e di azione, lucidità di parola e d' idee, diventano la coscienza e l' immobile polo, la rivelazione di quella oscura massa pressochè inconsapevole.

Il nostro A. è felicissimo nella descrizione di questi stati e movimenti spirituali: ed in ciò, mi sembra, stia riposto il maggior pregio dell' opera sua.

A questo libro seguiranno (ne son certo) altri ancora, e tutti sveleranno a noi sempre nuovi aspetti dell' anima collettiva. Il tempo e l'assiduo lavoro completeranno nel nostro A. metodo e pensiero, mantenendone ognora la linea caratteristica.

Del Greco

G. Marchesini — Il dominio dello spirito ossia il problema della personalità e il diritto all'orgoglio — *Torino*, *Bocca ed*, *1902*.

L'indole del nostro Archivio non permette di entrare in un esame accurato di questo libro del giovane e forte pensatore. Egli vi ricostruisce su dati positivi il concetto di personalità, ne stabilisce l'efficacia causativa nel mondo morale, ed entra nella terza parte a valutazioni ed indagini etiche d'alto valore. Come vedesi, è questo un libro filosofico, volto allo studio del generalissimo problema morale: ma tale problema si sfiocca e subordina in molti altri, che toccano questioni d'importanza suprema per la psicologia generale.

Ne risulta tutto un complesso di vedute, fortemente pensate, e connesse da alcune idee principali, che sono come idee - madri particolari all'A., sostenute dalle molteplici conoscenze, porte ognora dalla indagine scientifica minuta.

Il libro è scritto con grande chiarezza e dà il gusto delle questioni filosofiche anche a persone estranee a simili ricerche. Non poco pregio dell'opera è il grandissimo contributo, che portano alle questioni, in essa trattate, le conoscenze svariatissime delle scienze biologiche e psichiche. Da questo punto di vista appaiono i risultati delle nostre indagini, anzichè dispersi e frammentarî, appaiono in sintesi, in complessi animati (direi) e fecondi, che sono come una controprova della verità di certe conclusioni, e danno alle nostre menti, per tale connubio fecondo, maggior slancio e desiderio di approfondire, con la osservazione accurata e con lo esperimento, il problema solenne dell'individualità umana nei suoi molteplici aspetti bio-fisici, patologici, psico-sociali.

Del Greco.

Krafft-Ebing — MÉDICINE LÉGALE DES ALIÉNÉS TRAD. — A. RÉMOND — *Paris, O. Doin, ecc. èd.*

È inutile richiamare l'attenzione del pubblico dei medici alienisti su questa traduzione francese della classica opera dell'insigne professore di Vienna. Tutti conoscono lo spirito largo, equanime, pratico del Krafft-Ebing: com'egli sia espositore sobrio e preciso, e clinico fra i maggiori. Il Krafft-Ebing è sempre clinico: da buon naturalista espone e segue i fatti in tutte le loro modalità, raccogliendoli in quadri limpidi e precisi, senza perdersi in quisquilie descrittive, nè in divagazioni dottrinali. Quest'opera a me sembra la migliore del K. E., perchè si attaglia alla natura della sua intelligenza e poggia sopra un'esperienza senza pari in larghezza e varietà.

L'edizione, che ora vede la luce, è fatta sull'ultima tedesca. Vi sono belli capitoli sulla « neurosi traumatica » e su altre alterazioni mentali, a base neuropatica, acquisite in questi ultimi anni alla Scienza. La Scuola Francese ha molto lavorato in proposito, con le ricerche dei suoi insigni neurologi: sì che a buon dritto vediamo accompagnarsi al testo note esplicative, qua e là, per parte del valoroso traduttore.

L'opera, resa nella limpida favella di Francia, acquista ancora più precisione e trasparenza, mantenendo quella sobrietà di linee (ripeto) che la rende un libro prezioso per l'alienista pratico e per qualsiasi cultore di questioni medico-legali.

Del Greco.

Dott. G. Antonini — LA PELLAGRA — *U. Hoepli — Milano 1902.*

La raccolta dei « Manuali Hoepli » si è arricchita recentemente di un nuovo interessante volumetto, il quale è corredato di due tavole a colori e giustamente viene

dedicato dall' A. a Cesare Lombroso, *il vero padre della Pellagrologia moderna.*

È bello il vedere in questi tempi in cui la umanità si mostra così avida di sapere, di libertà e di giustizia la nobile gara sorta fra gli uomini di studio per spianarle la via con opere facili alla conquista del vero.

La questione della pellagra, di questo triste morbo che si diffonde sempre di più in Italia, non appartiene solo alla medicina ed alla igiene, ma costituisce anche un importante problema economico e sociale, sia nel campo della etiologia, sia in quello della profilassi. È giusto quindi e doveroso che s' abbia a tener desta nella coscienza popolare la nozione di questo male, e che il buon seme gettato dallo Strambio, Ballardini, Lombroso e tanti altri non debba rimanere disperso: una novella schiera di solleciti propagandisti, fatti securi della parola confortatrice della scienza, dica a tutti che la Pellagra è male che deve scomparire dalle nostre contrade. Ecco lo scopo nobilissimo che si propose l' A. nello scrivere questo libro.

L' opera è divisa in quattro capitoli: nel 1.° l' A. rifà la Storia e la Etiologia della Pellagra, sostenendo validamente la teoria tossica del Lombroso, nel 2.° tratta della statistica e distribuzione geografica del morbo, ne descrive poi i sintomi, la forma clinica, l' anat. patologica; nel 3.° e 4.° discute della profilassi generale ed individuale, esponendo in modo chiaro e conciso tutto ciò che la scienza moderna suggerisce per evitare sì triste malore.

Congratulandoci vivamente con l' A. ci auguriamo poi che l' Hoepli continui a pubblicare ed in gran numero dei manuali utili ed istruttivi come questo, ora sopratutto che la conquista del sapere e del benessere sociale non deve più essere il privilegio di pochi, ma alla portata di tutti.

Galdi

Angiolella — Imbecillità ed Asessualismo

Angiolella — Imbecillità ed Asessualismo

Anno XVIII. **N.° 3.**

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1902

INDICE

MEMORIE ORIGINALI

RIVISTE

BIBLIOGRAFIE

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal **Prof. Domenico Ventra**.

SULLA RABBIA

Nota clinico-istologica

PEL

PROF. GAETANO ANGIOLELLA

Le quistioni sulla patologia ed istologia patologica della rabbia in rapporto alla sua genesi ed a quella dei fenomeni più essenziali che ne costituiscono il quadro clinico, quelle sulla efficacia della cura col siero antirabico Pasteur non sono talmente risolute ed assodate, che lo studio di qualche caso che presenti particolarità degne di rilievo debba considerarsi quale una inutile superfetazione; ed è perciò che io mi sono indotto a pubblicare un caso che ho osservato clinicamente, di cui ho fatto gli esami istologici *post mortem* non solo, ma in cui ho potuto a questi esami accompagnare quelli dei conigli inoculati dai centri nervosi del malato. Da tale pubblicazione si vedrà se qualche modestissimo contributo potrà venire alla soluzione di alcune, almeno, delle molteplici quistoni sopraccennate.

N. L. è un bambino di 3 anni e mezzo, ben nutrito, di buona costituzione, forte, simpatico nell'aspetto e nei gesti, vivo, di intelligenza abbastanza sviluppata per la sua età e di carattere molto affettuoso. Ha il padre

sordomuto, ma robusto fisicamente, la madre sana e ben portante; egli è l'ultimo di 5 tra fratelli e sorelle, di cui uno solo è morto, per malattia comune. Il bambino, mi assicura la madre, che non ha sofferto malattie di sorta; e, benchè il padre sia muto, egli ha linguaggio perfettamente sviluppato, come del resto tutti i suoi fratelli, anzi è notevole che egli ha due linguaggi: uno parlato col quale comunica con tutti, uno a gesti che gli serve per comunicare col padre.

Il 6 Febbraio ultimo questo povero bambino usciva dalla sua abitazione, posta a pian terreno, come tutte quelle del nostro popolo, quando fu aggredito, a pochi passi dalla casa stessa, da un cane, o meglio da una cagna, che, sgravata da poco, si seppe poi essere stata antecedentemente morsicata da un altro cane di cui fu assodata l' idrofobia da esame dei centri nervosi praticato, per incarico del Municipio di Nocera, nella Scuola Veterinaria di Napoli. La cagna buttò a terra il bambino e si diè a morderlo nella faccia; mi trovai proprio io a passare in quel momento per quella strada e, vista da lontano quella scena, accorsi, scacciai il cane e raccolsi il bambino che grondava sangue ed aveva il lobulo del naso staccato e pendente. Lo condussi in una vicina farmacia per medicarlo, e quivi potetti costatare, oltre a una piccola ferita sulla radice del naso e ad altre due superficiali sul dorso della mano destra, l' asportazione quasi completa di tutto il lobulo del naso, che rimaneva aderente solo per un piccolo lembetto di cute al lato sinistro, mentre erano allo scoperto il setto osseo e il bordo della scheletro nasale. La gravità, la natura e la sede della lesione principale mi vietavano di pensare alla causticazione, nella quale, del resto, non è più lecito riporre quella fiducia che gli antichi vi riponevano. In ogni modo, ripeto, in questo caso io non

avevo libertà di scelta, e dovetti contentarmi di fare la migliore antisepsi che mi fu possibile della ferita, e rivolsi i miei sforzi ad ottenere l'adesione del lobulo nasale situandolo subito al suo posto, e fissandovelo mediante dei punti di sutura.

Il cane pochi minuti prima aveva morsicato alla gamba un altro bambino, ne morsicò un terzo pochi minuti dopo, il che avendo confermato i sospetti che fosse idrofobo, ottenni che fosse immediatamente sparato. Subito pensai a far mandare il bambino allo Istituto Antirabico annesso alla 1.ª Clinica Medica dell'Università di Napoli diretta dal Prof. Cardarelli, e il giorno stesso munii la madre di una mia lettera commendatizia pel suddetto professore; ma questa non avendo potuto condurvelo con mezzi propri ed avendo dovuto attendere che tali mezzi le fossero forniti dal Municipio, nelle pratiche burocratiche fra questo e la Prefettura per i visti e le approvazioni legali, si perdette un tempo prezioso, e il bambino non potè andare a Napoli che il 2 Marzo, cioè 20 giorni dopo della riportata lesione. Le ferite erano completamente guarite: il naso aderì benissimo, residuando solo una leggiera cicatrice lineare sulla radice e nell'unione fra il pezzo staccato e il rimanente dell'organo, essendovi stato in questi punti una leggiera e superficiale suppurazione. Il bambino non presentava nulla di anormale, anzi, mentre era rimasto un po' nervoso ed irritabile subito dopo la morsicatura, dopo, invece, era tornato scherzoso ed ilare, e da quando si guardò nello specchio e constatò il naso ritornato integro come prima, si mostrava affezionato verso di me, mi correva dietro vedendomi per istrada, non trovava modo per dimostrarmi il suo attaccamento. A Napoli fu sottoposto alla cura Pasteur ed ebbe 30 iniezioni di tal siero, 10 di più, cioè, di quante si è

soliti praticarne in quell' Istituto, appunto perchè quei medici giudicarono la ferita molto pericolosa per la sua vastità e la sua sede. Il 1.° Aprile tornò a Nocera e neanche allora potetti costatare alcun mutamento di tendenze e di carattere in lui. Fu la sera del 4 che la madre venne a chiamarmi spaventata, dicendo che il bambino dalla sera precedente, cioè dal 3, era infermo. Egli aveva cominciato ad accusare dolore nei punti delle subite iniezioni, cioè nella parete addominale; poi ebbe vomito, fu colpito da febbre, e passò tutta la notte in preda ad allucinazioni terrifiche: vedeva monaci e preti che erano venuti a prenderlo e quindi diceva alla madre esser giunto il momento della sua morte; la giornata era stato più calmo, quasi sonnolento, avendo, però, di tanto in tanto dei sussulti di tutta la persona ed aveva mostrato stipsi, cacciando materiali scarsi e molto duri. Lo vado a vedere immediatamente, e lo trovo difatti nelle condizioni descrittemi: è abbattuto, ha voglia di dormire, o meglio è in uno stato di sonnolenza, quasi di dormiveglia, di tanto in tanto balza dal letto, e balza ancora di più quando lo si tocca anche leggermente: scatta allora e si da a piangere e a gridare. Chiamato, però, dolcemente, risponde, mi riconosce, dice di avvertire un peso alla testa ed un certo dolore o, meglio, una sensazione spiacevole non ben determinata alla lingua; persiste il dolore all'addome; non vi è vera fotofobia, in quanto che avvicinandogli un lume egli lo sopporta, ma preferisce, però, l'oscurità. Ha inappetenza: nella giornata ha mangiato solo alcuni tarallini, e non ha bevuto niente. Provo a dargli dell' acqua; egli appena vede la tazza, si mette a gridare spaventato; però, dopo, spiega che non la vuole perchè crede essere una medicina; quando, invece, i parenti pazientemente lo persuadono che è semplice acqua, ne beve, ed ap-

pena convintosi da sè della cosa, torna a beverne e ne ingoia senza la più piccola difficoltà due tazze intere, insieme ad alcune cucchiaiate di latte. Constato anche io una certa eccitabilità riflessa, ed alcuni, per quanto rari, spasmi clonici spontanei sotto forma di sussulti generalizzati. La temperatura non oltrepassa i 38.° Prescrivo un enteroclisma ed una pozione calmante (1[2 gr. di croralio ed 1 gr. di bromuro di sodio). La notte la passa più tranquilla della precedente, quasi senza disturbi allucinatorii, la mattina seguente lo trovo con pochi decimi di febbre, calmo, docile, più sollevato e meno sonnolento, senza fenomeni spasmodici, con iperestesia altresì meno accentuata; ingoia, ha meno dolore all'addome ed alla testa, caccia liberamente la lingua, prende in mia presenza un purgante di calomelano e diagridio. Passa la giornata in queste condizioni, ha un certo effetto dal purgante, piglia del latte; la notte, però, dal 5 al 6 il suo stato si aggrava di nuovo; è inquieto, nuovamente in preda ad allucinazioni terrifiche: fa continui gesti per allontanare gente che vede intorno al suo letto, e chiede ai suoi che li scaccino. Tuttavia fino alle 8 del giorno 6 non si constata in lui alcun nuovo fenomeno che si sia aggiunto a quelli precedentemente rilevati: non convulsioni, non spasmi di nessun genere, solo il respiro è accentuatamente dispnoico. Verso le 10, però, le forze cominciano a deprimersi, il respiro è rantoloso, il polso debole, la fisonomia abbattuta; all'esame del torace constatansi rantoli diffusi in entrambi i polmoni. Egli, tuttavia, è lucido, conosce tutti, ci tiene a dimostrare verso me l'attaccamento antico; si alza da sè sul letto e vi da alcuni passi, ingoia solidi e liquidi. Gli pratico delle iniezioni di caffeina, ma senza alcun risultato. Da questo momento precipita, sebbene con qualche lieve e momentanea oscillazione; il polso sopra-

tutto s' indebolisce sempre più. Conserva però, sempre la stessa lucidità, e direi quasi che mette in evidenza il lato migliore del suo carattere; diventa più affettuoso e ci tiene ad abbracciarmi e a darmi l' ultimo addio.

Entra, così, placidamente in agonia verso le 7 della sera, e muore alle 8 1|2 del 6 Aprile, proprio a 2 mesi dal giorno in cui aveva ricevuto il morso fatale.

Dell' autopsia, per ordine dell' autorità giudiziaria, e del giudizio peritale circa la causa della morte del L. furono incaricati gli egregi colleghi Dottori Tomasini ed Esposito del nostro Manicomio, alla cui cortesia ed amicizia debbo l' aver potuto studiare istologicamente i pezzi tratti dal cadavere del bambino e quelli degli animali inoculati. Sorvolo sui risultati dell' autopsia e delle ricerche sperimentali da essi eseguite, accennando solo come ne risultò pienamente confermata la diagnosi di rabbia. Il bambino non mostrò nessun altra lesione nei suoi organi che avesse potuto spiegarne la morte; nel cervello solo notossi iperemia diffusa ed una lievissima leptomeningite acuta localizzata quasi esclusivamente ai lobi frontali. Inoculati 5 conigli con liquido cerebro-spinale del bambino e con midollo spinale ed allungato emulsionati in glicerina, di essi sopravvisse solo uno, nell' operare il quale accadde un incidente, la rottura, cioè, del tubo della siringa Tursini, per cui la maggior parte del liquido cerebro-spinale andò perduta; gli altri 4, dopo una quindicina di giorni dall' inoculazione, fecero notare fenomeni convulsivi iniziali, rifiuto del cibo, febbre, e poi paresi fino a completa paralisi del treno posteriore, dimagramento notevole, e morte in 2 o 3 giorni, il quadro tipico, cioè, della rabbia sperimentale.

Colorati col metodo Nissl (tionina o colorazione doppia al bleu di toluidina e all' eritrosina) pezzi di cor-

teccia cerebrale e di midollo spinale del L., ebbi a costatare:

Nel lobo frontale notevole dilatazione dei vasellini, i quali sono ripieni di sangue, e circondati da un infiltramento leucocitico: una vera periarterite, insomma, la quale, quando nel taglio i vasi capitano in sezione trasversale, da origine a quelli che si sono chiamati i tubercoli di Babes. Le cellule, poi, sono quasi tutte alterate, non propriamente sotto forma di cromatolisi, ma di disfacimento di tutto il protoplasma, il quale è segmentato, frantumato, sì da residuare il solo nucleo circondato da piccoli brani di protoplasma; talvolta il nucleo è indistinto, neanche il nucleolo è visibile, e tutto si riduce e brani amorfi, granulosi. In vicinanza di queste cellule disfatte e talvolta nell' interno di questi corpi cellulari deformati vedonsi dei leucociti, sì da aversi il fenomeno che si è detto neuronofagia. Hanvi cellule, in cui il nucleo è circondato da uno spazio vuoto, cui siegue il contorno incoloro del protoplasma; e dentro a questo vuoto e sul detto contorno vedesi qualche leucocito migrante. Talvolta vedonsi addirittura dei detritus cellulari, e, in mezzo a questi, dei fagociti. Altre cellule sono in uno stato picnomorfo, divenute delle masse colorate in modo omogeneo e molto carico, e, nello stesso tempo, rattrappite, raggrinzate.

Nel lobo parietale la dilatazione dei vasi e l' infiltramento leucocitario intorno ad essi è anche più spiccato, sì da vedersi dei vasi che hanno, dall' un lato e dall'altro, piccoli accumuli e quasi blocchi di linfociti, mentre in altri punti vedonsi proprio dei così detti tubercoli rabici senza neanche un vase mediano, dirò così autonomi, costituiti, cioè, da cellule nervose piccole, semidisfatte, nel centro, circondate da cellule linfoidi. Spesso il centro di questi tubercoli è costituito dalle cellule

nervose che stanno sparse nella sostanza bianca. Dai noduli periarteritici, insomma, lo infiltramento leucocitario si diffonde nel tessuto e talvolta si agglomera intorno alle cellule nervose. Osservasi, poi, cromatolisi perinucleare e totale, disfacimento in toto del protoplasma; in alcune zone tutte le cellule sono ridotte al nucleo e nucleolo, con una zona vuota all' intorno e poi piccoli residui di sostanza protoplasmatica dilacerata e dissociata.

Nel midollo spinale è anche evidente la periarterite, sono frequenti i noduli o intorno a questi vasellini o più lontani da questi; anzi pare che le lesioni vasali sieno qui più gravi che nel cervello, mentre le lesioni cellulari, invece, sono notevolmente meno gravi e diffuse che nella sostanza cerebrale; solo poche cellule infatti, sono senza nucleo e ridotte ad ammassi di piccoli granuli lievemente colorati in mezzo ad un reticolo incolore. Vedesi chiaramente come l'infiltramento leucocitico abbia punto di partenza dai vasi, e si diffonda da questi nel tessuto, coprendo ed invadendo gli elementi cellulari nervosi, dai quali pare come se i leucociti fossero attratti e intorno ai quali avessero tendenza ad aggrupparsi.

Nei gangli spinali spicca l' infiltramento leucocitico del connettivo, insieme alla grave alterazione cellulare: cellule semi-disfatte, granulari, o in preda a grave cromatolisi sono circondate da leucociti, che formano loro come un involucro intorno; e talvolta accade vederne qualcuno in procinto di entrare o già entrato nel corpo cellulare e fino vicino al nucleo. Vedonsi perfino logge cellulari dalle quali la cellula è completamente scomparsa.

Nei gangli del simpatico notasi: infiltramento leucocitico del tessuto intercellulare; molte cellule con nu-

cleo spostato, in più o meno avanzata cromatolisi, talora anche invase da leucociti. Vedonsi cellule ridotte ad ammassi granulari informi, ed altre ai cui corpi, alterati, si addossano le cellule endoteliali capsulari.

Negli organi viscerali: nei pulmoni notevole stato flogistico, raddensamento del tessuto, infiltramento parvi-cellulare fra e dentro gli alveoli; nel fegato lieve degenerazione grassa delle cellule epiteliali, in alcuni punti migrazione di leucociti attraverso le pareti vasali; notevole stato congestizio e dilatazione vasale nella milza; nulla di anormale nei reni.

Nei pezzi, poi, trattati cogli stessi metodi, dei conigli inoculati e morti, ho rilevato:

Nei lobi frontali: vasi dilatati, iperemici, circondati da infiltramento parvi-cellulare, evidente altresì intorno all' ependima ventricolare; qua e là noduli di infiltramento, anche indipendenti dai vasi, nella sostanza bianca. Molte cellule in cromatolisi più o meno avanzata, o in cui il protoplasma assume un aspetto granulare.

Nei lobi parietali gli stessi fatti. Sono frequenti le cellule in cui un lato del protoplasma è colorato, un altro incoloro per dissoluzione della sostanza cromatofila. Lo stesso nei lobi occipitali.

Nel cervelletto è anche spiccato lo infiltramento perivasale, scarse, invece, sono le alterazioni cellulari; notansi, nondimeno, alcune cellule di Purkinje in cui in una metà la sostanza cromatica è sparita del tutto, in un' altra è ridotta a finissimi granuli.

Nel talamo ottico cellule con corpi di Nissl impiccioliti, granulari, in alcune sezioni delle cellule scomparsi.

Nel mesencefalo cellule raggrinzate, in cui non si di-

stinguono più corpi di Nissl ma vi è una colorazione diffusa e il nucleo è deformato, spesso indistinto.

Nei peduncoli cerebrali spiccata periarterite, diffusa cromatolisi delle cellule con corpi di Nissl o scomparsi o trasformati in granuli minutissimi, puntiformi.

Nella parte più alta del ponte sono frequentissimi i noduli sia attorno ai vasi sia indipendenti da essi; le lesioni cellulari, invece, scarse, e solo in poche cellule notasi impicciolimento dei corpi di Nissl. Più in giù nel ponte, invece, sono un pò più frequenti le cellule alterate, e vedonsene alcune in cui in metà della cellula vi è cromatolisi, nell' altra ipercromatosi, senza, però, che si possano distinguere corpi di Nissl, essendovi colorazione diffusa; in alcune altre, poi, vi è sminuzzamento granuloso della sostanza cromatica.

Nel midollo cervicale: noduli periarteritici, mentre nelle cellule prevale una alterazione consistente in impicciolimento dei corpi di Nissl, che si riducono a minutissimi granuli polveriformi; talvolta notasi spostamento del nucleo, tal' altra disfacimento anche della parte acromatica del protoplasma. Nel midollo dorsale: grave cromatolisi, non esistono più nelle cellule veri corpi di Nissl, talvolta non si vede neanche il nucleo. Nella parte più alta del midollo lombare la maggior parte delle grandi cellule sono del tutto scomparse; se ne vedono poche quasi normali, o solo lievemente alterate, mentre la maggior parte sono ridotte a minimi frammenti o in preda a gravi processi cromatolitici; in altre impicciolimento dei corpi di Nissl, in altre cromatolisi parziale o perinucleare, evidente la neuronofagia. Nel cono terminale del midollo spinale la maggior parte delle cellule sono in disfacimento granuloso.

Nei gangli spinali e in quelli del simpatico notevole

proliferazione del connettivo interstiziale e delle cellule della capsula pericellulare nervosa; le cellule nervose sono spesso invase da elementi della capsula, e talvolta sono in istato ipercromatico, tal' altra in leggiera cromatolisi.

⁂

Ed ora alcune considerazioni. Il primo fatto degno di rilievo in questo caso parve a me ed a quanti medici osservarono l' infermo, la stranezza del quadro clinico, le anomalie per cui la sindrome fenomenologica si allontanò dalla nota e classica figura di questa malattia al punto che si finì per ammettere la diagnosi di rabbia, più che per altro, per il dato anamnestico e per esclusione di qualsiasi altra forma morbosa: il bambino era in preda ad un grave stato infettivo-tossico generale senza alcuna localizzazione; quale altro avrebbe potuto essere questo stato, dato che esso non si assomigliava ad alcun altro e che l' infermo era stato morsicato da un cane con tutta probabilità idrofobo? Ma, del resto, i fenomeni essenziali di questa malattia mancavano: mancava, in primo luogo, l' idrofobia, vale a dire lo spasmo bucco-faringeo: l' infermo, fino a poche ore prima di morire, fino a prima di entrare nello stato agonico, ingoiò solidi e liquidi senza incontrare la minima difficoltà, anzi avidamente. Dice il Roger (1) che in qualche caso può, se non mancare, per lo meno es-

---

(1) **Roger — Rabbia — Nel Trattato di Medicina diretto da Charcot, Bouchard e Brissaud, Vol. I. parte II.**

ser lieve l' idrofobia ed essere sostituita da una spiccatissima aerofobia e fotofobia, ma anche questa qui mancava, se non si vuole interpretare come tale quella certa preferenza che l'ammalato dava alla penombra, che è comune a molti infermi, che nella penombra appunto godono di una certa maggiore tranquillità dello spirito e del corpo. Come questi, tutti gli altri fenomeni eran ridotti, per dir così, a proporzioni minime, allo stato rudimentario; così lo stato convulsivo spastico generale era rappresentato da alcuni sussulti che di tanto in tanto scuotevano l' infermo nel sonno, lo stato di agitazione psichica da alcune allucinazioni terrifiche che lo molestavano, e così via dicendo.

Sembra strano dirlo, perchè disgraziatamente l' epilogo fu la morte dell' infermo, eppure devesi dire che si trattò di una rabbia attenuata, nel senso della riduzione che subirono, come dicevo, tutti i fenomeni, tutti i varii componenti del quadro clinico, della sindrome morbosa. Per quanto attenuata, rimase all' infezione tanta forza che i poteri organici, specie di un bambino di 3 anni e mezzo, non furono sufficienti a superarla ed a vincerla: ma ciò non toglie che non abbia a parlarsi di una forma attenuata di infezione rabica, ed attenuata, io oso affermare, per l' influenza della cura col siero Pasteur.

Della mancata efficacia di una tal cura in questo caso a salvare la vita dello infermo e ad impedire lo sviluppo della rabbia, possono incolparsi due circostanze: la gravità e sede della lesione prodotta dal cane, il ritardo frapposto ad intraprendere la cura; ed è indubitato che entrambe concorsero ognuna per la sua parte, o, meglio, concorsero in combinazione a produrre il triste effetto. Sembrano ormai assodate due cose: la prima è che il virus rabico si propaga lungo i tronchi nervosi:

questo fatto, già dimostrato dal Duboué di Pau (1), è stato confermato dalle esperienze di Di Vestea e Zagari (2), i quali hanno trovato che, inoculando il virus rabico nello sciatico, si produce una paraplegia, che è più marcata nel lato inoculato e che invade dall' indietro all' avanti, e la coda equina mostrasi virulenta prima del bulbo; se invece, l' inoculazione si fa nel mediano, la paralisi decorre da avanti indietro e il bulbo è virulento prima del midollo lombare. Infine, sezionando il midollo in un punto ed inoculando la rabbia nella zampa posteriore, il midollo sarà virulento soltanto nella porzione sottostante alla lesione. La seconda cosa che sembra assodata è che la cura antirabica allora agisce quando il virus non è ancora arrivato ai centri nervosi; occorre, insomma, che quando il virus arriva ai centri, vi trovi già avvenute in questi quelle, a noi ignote, modificazioni isto-chimiche che si producono quando ha agito su di esse il siero antirabico, cioè il virus rabico attenuato; quando, invece, è primo il virus genuino ad arrivare alle cellule, il siero che vi arriva dopo non ha più alcuna azione. Or se si pensa al numero, alla quantità dei filetti nervosi che dalla mucosa schneideriana vanno direttamente e dopo brevissimo percorso ai centri encefalici, si comprenderà di leggieri come non vi sia punto del corpo che meglio di questa regione si presti al facile e rapido assorbimento del virus rabico, al sollecito arrivo di questo nei centri; ed è perciò che, data quella ferita, in quel punto e di quella vastità, la cura antirabica avrebbe dovuto essere, direi quasi, im-

(1) Duboué — Physiologie pathologique et traitement rationnel de la rage. Paris, 1879.

(2) Di Vestea e Zagari — Sulla trasmissione della rabbia per la via nervosa (Giornale internazionale delle scienze mediche, Napoli, 1898).

mediata, e, pur immediata, sarebbe stata di risultato molto dubbio; e difatti è dimostrato dalle statistiche che la massima percentuale di morti, anche fra i vaccinati, è data dai feriti alla faccia, sicchè la mortalità, che è di 0, 66 per i morsicati alle mani, e di 0, 32 per quelli alle membra ed al tronco, sale al 2,23 0[0 per le morsicature alla testa.

Se, però, la cura non è valsa, in questo caso, ad impedire lo sviluppo della infezione, non dobbiamo credere che essa non abbia spiegato nessuna influenza sull' andamento della malattia, sulle modalità dei fenomeni, sull' insieme del quadro sintomatologico. Si sa che individui sottoposti al trattamento pasteuriano possono sopravvivere dopo aver presentato un certo numero di sintomi rabici; Laveran ha riferito un caso di questo genere, Chantemesse ha fatto conoscere parecchie osservazioni simili, e Högyes (1) ha dimostrato che cani inoculati possono esser colpiti dai primi sintomi di rabbia, e poi tornare allo stato normale. Esiste, dunque, una rabbia guaribile, una rabbia attenuata dall' influenza della cura: e, non è, quindi, strano pensare che, nel caso nostro, l' attenuazione dei sintomi sia stata dovuta appunto a quest' influenza, nonostante che tale attenuazione non sia arrivata al punto da permettere all' ammalato di superarla. È degno di nota, dunque, questo caso perchè dimostra che, quando la cura antirabica riesce inefficace, può, però, modificare il quadro clinico in modo da dare luogo ad una forma morbosa abbastanza diversa dalla comune e nota.

(1) V. il citato articolo di Roger nel Trattato di Medicina di Charcot.

.·.

Le lesioni istologiche della rabbia neanche sono bene assodate. Nel periodo che diremo primitivo dell' istologia si cominciò a notare da Meynert, Gombault, Balze, Benedikt, Klebs, Gowers, Cheadle, Kolessnikoff e Schäffer (1) una dilatazione notevole dei vasi capillari del cervello, i quali sono ingorgati, talvolta si rompono dando luogo a piccole emorragie, e talvolta, invece, sono ostruiti da trombi ialini, trasparenti, mentre la stessa sostanza ialina invade anche le guaine perivascolari. Si notarono anche alterazioni delle cellule nervose, le quali possono essere gonfiate o con vacuoli o possono subire la degenerazione pigmentacea, e talvolta sono circondate da leucociti, che arrivano a determinarvi delle dentellature nel contorno. Meynert vide la mielina delle fibre tumefatta o scomparsa insieme al cilindro dell' asse, e Schäffer notò i cilindri dell' asse granulosi, ipertrofizzati e circondati da una guaina vivamente colorata. I nervi periferici, poi, e sopratutto lo pneumogastrico, il frenico e il simpatico si trovavano ispessiti, iperemizzati, talvolta con ecchimosi, infiltrati di cellule rotonde e talora di masse ialine o di depositi pigmentarii, con mielina frammentata, cilindro dell' asse ipertrofizzato o scomparso. In un caso di morsicatu-

---

(1) Vedi — Balze — Lésions cérébrales et bulbaires dans la rage (Soc. anatomique, 1875).

Gowers — The pathological anatomie of Hydrofobia (Path-Transact, 1887).

Schäffer — Nouvelle contribution a la pathologie et à l'histo-pathologie de la rage humaine (Annales de l'Institut Pasteur, 1889).

ra alla faccia Polaillon e Nepveu (1) trovarono notevole infiltramento leucocitico nel ganglio di Gasser.

Il secondo periodo è rappresentato dalle ricerche eseguite dal Golgi (2) col suo metodo. Egli ha trovato negli endotelii vasali, nelle cellule della nevroglia ed in quelle dell'ependima tutte quelle trasformazioni del nucleo che son caratteristiche dei processi di scissione cellulare, e tali trasformazioni trovò anche nei nuclei delle cellule nervose, colla differenza che le masse di cromatina, invece di essere dei fili regolari e continui, si presentano in forme di piccoli e corti frammenti. Considera, quindi, queste alterazioni come espressione piuttosto della decadenza e morte delle cellule anzichè di un processo attivo. Ha trovato, poi, rarefazione, vacuolizzazione e trasformazione vescicolare del protoplasma, degenerazione granulo-grassosa, atrofia e vera distruzione delle cellule nervose, rigonfiamenti, gibbosità, atrofia dei prolungamenti protoplasmatici, tumefazione diffusa o circoscritta di quelli nervosi; ha trovato nei nervi periferici rigonfiamento diffuso o varicoso del cilinder axis, degenerazione granulo-grassosa di esso; nei gangli intervertebrali vacuolizzazione, degenerazione grassa o ialina delle cellule, e talvolta aspetto ialino alla periferia e granuloso al centro. Fondandosi su queste osservazioni, il Golgi ritiene che il processo anatomico della rabbia sia rappresentato da una encefalo-mielite parenchimatosa diffusa.

In questi ultimi tempi, infine, è noto come si sieno

(1) Polaillon et Nepveu — Un cas de rage (Comptes rendus de la Soc. du Belgique, 1872).

(2) Golgi — Sull'istologia patologica della rabbia sperimentale.

delineate due correnti: da una parte il Babes (1) ha descritto i *noduli rabici,* che sono degli accumuli di cellule embrionali intorno alle cellule nervose lese, noduli che si trovano nel bulbo e la cui presenza dovrebbe valere da sola per la diagnosi istologica di rabbia; dall'altra il Van Gehuchten e il Nelis (2) han rivolto la loro attenzione ai gangli sensitivi sia spinali sia cerebrali, nei quali han descritto un' altra alterazione, consistente in ciò, che le cellule nervose sono distrutte, e, invece, vi è proliferazione delle cellule della capsula, che occupano gli spazii rimasti vuoti dalle prime. Secondo questi (3) ed altri osservatori, sarebbe cotesta una specie di neoplasia infettiva, cui essi danno il nome di *tubercolo rabico,* e la cui presenza, specie nel ganglio nodoso del vago, basterebbe e sarebbe necessaria per la diagnosi istologica della rabbia, e spiegherebbe molti dei fenomeni di questa malattia: l' iperestesia iniziale per lo stato irritativo dei gangli sensitivi, l'anestesia consecutiva per la distruzione delle cellule di questi gangli, e lo stato paralitico o pseu-

1) **Babes** — Studien uber Wuthkrankeit (Virchow' s Archiv. 1878).
» — Sur certaines caractéres des lésions hystologiques de la rage (Annales de l' Institut Pasteur, 1892).

(2) **Van Gehuchten et Nelis** — Les lésions hystologiques de la rage chez les animaux e chez l'homme (Bulletin de l' Academie de médecine du Belgique, 1900).
» — Diagnostic hystologique de la rage (Presse medicale, 1900.
» — Les lésiones rabiques (Le nevraxe, 1900).

(3) Vedi: **Van Gehuchten** —Les lésions ganglionnaires de la rage, leur valeur au point de vue de la symptomatologie e du diagnostic (Journal de Neurologie, 1900).
Nelis — Etude sur l'anatomie et la physiologie pathologique de la rage (Archives de biologie, 1899).

do-paralitico, che sarebbe una diminuzione di tono muscolare determinato dal mancato arrivo degli stimoli sensitivo-sensoriali. Trovano questi autori meno intensa e costante tale lesione in animali inoculati con del virus fisso dell' Istituto Pasteur, e ne deducono che il suddetto virus agisce sull' organismo alquanto diversamente dal virus delle strade, cioè che il virus rabico subisce delle modificazioni nel passare da un organismo animale ad un altro. Sano (1) nega il valore diagnostico di queste lesioni; egli ha trovato, in un caso di rabbia umana e negli animali inoculati da questo, notevoli alterazioni delle cellule nervose, le quali sono in cromatolisi o in vacuolizzazione, specie quelle del ganglio di Gasser, del bulbo, dei gangli del simpatico; non ha trovato lesioni apprezzabili nella corteccia cerebrale e nel diencefalo, non ha visto i noduli di Babes; nei gangli cerebro-spinali, invece, ha visto qualche cosa di analogo ai tubercoli di Van Gehuchten, nel senso di una notevole infiltrazione del connettivo e di una proliferazione delle cellule della capsula che sembrano talvolta invadere alcune cellule nervose. Crede, però, che il trovare queste lesioni non possa, al massimo, che rendere il caso sospetto. Anche il Crocq (2) nega la specificità di queste lesioni, avendole trovate molto so-

(1) Sano — Un cas de rage humaine suivi d'autopsie (Journal de Neurologie, 1900).

» Lésions anatomo-pathologiques de la rage chez l'homme et chez les animaux (Annales de la Societé medico-chirurgicale d'Anvers, 1897).

(2) Crocq — Les lésions anatomo-pathologiques de la rage sont-elles specifiques? (Journal de Neurologie, 1900).

migliianti nei gangli di un bambino morto di croup. Ultimamente il Daddi (1) su 11 cani idrofobi ha trovato 2 volte i noduli di Babes e 10 le alterazioni dei gangli spinali: queste, però, non furono riscontrate nè nei conigli inoculati sotto la dura nè nelle cavie, e di due casi di rabbia nell'uomo, in uno si trovavano, in un altro no. Questo sommariamente lo stato della quistione, trattata, oltrecchè nei lavori suddetti, in quelli del Nocard (2), del Tretrop (3), del Gratia (4), dell'Hebrant (5), del Dègive (6), del Dèjace (7), del Malvoz (8), del Laruelle (9), ecc.

Per conto mio, mi permetto di credere, per quello che ho potuto dedurre dalle surriferite osservazioni al riguardo, che le denominazioni di noduli e di tubercoli non servono se non a confondere le idee ed a creare discussioni e polemiche bizantineggianti; mi permetto di credere che di lesioni specifiche della rabbia non si possa

---

(1) Daddi — Sulla diagnosi della rabbia (Rivista critica di clinica medica, 1900).

» Sulle alterazioni dei gangli spinali e sulla diagnosi istologica della rabbia (Ibidem).

(2) Nocard — Sur le diagnostic post-mortem de la rage du chien (Bollet. de l'Acad. med. de Paris, 1900).

(3) Tretrop — A propos des lésions anatomo-pathologiques de la rage (Ann. de la Soc. med. chirurg. d'Anvers, 1900).

(4) Gratia — Un cas de rage humaine (Bullet. de la Soc. de Sciences med. et natur. de Bruxelles, 1899).

(5) Hebrant — Sur la diagnostic de la rage chez le chien par l'examen microscopique des ganglions nerveux (Annales de medecine vétérinaire, 1900).

(6) Dégive — V. Bullet. de l'Acad. de medecine du Belgique, 1900.

(7) Dejane — Les ganglions nerveux et le diagnostic de la rage (Le Scalpel, 1900).

(8) Malvoz — Note concernant la rage (Le Scalpel, 1900).

(9) Laruelle — A propos de la rage (Le mouvement hygienique, 1900).

parlare, come non se ne può parlare di nessuna malattia infettiva acuta. Nei miei preparati ho trovato estese e diffuse alterazioni degli elementi cellulari nervosi, infiltramento di elementi linfoidi connettivali, il quale ha punto di partenza dai vasi sanguigni, e di là poi si diffonde nel rimanente tessuto, costituendo degli aggruppamenti di questi elementi linfoidi così intorno ai vasi suddetti come intorno alle cellule nervose, aggruppamenti che sarebbero i noduli di Babes e che difatti, specie quando i vasi capitano in sezione trasversale nel campo microscopico, danno l'apparenza di noduli. Questi fatti sono diffusi in tutto l'asse cerebro-spinale, e si trovano altresì nei gangli spinali, dove assumono un aspetto alquanto differente solo in ragione del differente tessuto interstiziale, che lì è nevroglia, qui è vero tessuto connettivale, sicchè si osserva non soltanto la migrazione dei leucociti dai vasi, ma anche la proliferazione degli elementi del connettivo, e, quindi, altresì di quelle cellule che costituiscono la cosidetta capsula della cellula nervosa, cellule che in sostanza son di natura connettivale, perchè l'endotelio si sa che non è se non una varietà del tessuto connettivo. E poichè la cellula nervosa è distrutta o semidistrutta, è naturale che le cellule della capsula proliferata ne invadano il posto e lo spazio. Vi è niente di specifico in tutto questo? Non mi pare, nè credo che sia utile, dal punto di vista pratico, e sia esatto dal punto di vista scientifico, dare a queste lesioni denominazioni speciali, rassomigliare gli infiltramenti leucocitici perivasali a noduli neoplastici, chiamare neoplasia specifica la neoformazione capsulare dei gangli spinali. Trattasi, in fondo, a chi ben guardi, di due ordini di fatti comuni

a tutte le malattie infettivo-tossiche: alterazioni degenerative, specialmente cromatolitiche, delle cellule nervose, che arrivano fino al totale disfacimento di queste, alterazioni flogistiche del tessuto interstiziale. Il che concorda con quanto, in generale, si va assodando dalle moderne ricerche, perchè la speranza p. es. di trovare lesioni cellulari specifiche per ogni infezione, può dirsi oramai delusa, e noi sappiamo che queste lesioni, su per giù, sono sempre le stesse in qualunque stato, infettivo o tossico, acuto o cronico, dei centri nervosi e dell' organismo in genere. Qui non abbiamo di notevole che un fatto solo, vale a dire che tanto le lesioni cellulari quanto quelle vasali sono più intense, più marcate che altrove, il che è in rapporto, evidentemente, colla gravità della infezione, essendo la rabbia, senza dubbio, una delle malattie infettive più gravi per la rapidità del decorso e dell'esito letale, per l'intensità dei sintomi e la gravezza del quadro fenomenologico. Ed ecco perchè lo infiltramento leucocitico perivasale è tanto intenso da assumere, qua e là, l'aspetto di noduli, e la proliferazione connettivale nei gangli quello di tubercoli, di neoplasie.

Un altro fatto è da mettersi, secondo me, in relazione con quanto si è detto di sopra circa il modo e le vie per le quali procede il virus rabico. Si sa, infatti, che in generale, quando coesistono lesioni parenchimali e lesioni vasali ed interstiziali, rimane sempre dubbio quale di questi due ordini di lesioni sia primario e quale secondario, se, cioè, sieno primi i vasi ad alterarsi, facendo filtrare siero e corpuscoli bianchi attraverso le loro pareti, e poi segua l'alterazione degli elementi cellulari specifici, i quali sono lesi nella loro nutrizione, o se accada lo inverso, cioè che sien primi ad

alterarsi gli elementi cellulari, i quali, divenuti così quasi dei corpi estranei, delle sostanze inerti, provochino una reazione irritativa, flogistica nel tessuto interstiziale e nei vasellini circostanti. Or se la prima ipotesi è la più probabile nella maggior parte dei casi, in cui si han tutte le ragioni per credere e pensare che il virus, il tossico o quale altra cosa che siasi, percorra le vie della circolazione sanguigna e linfatica ed arrivi ai tessuti specifici portatavi dai vasi e appunto col siero che filtra attraverso le pareti vasali infiammate, nel caso della rabbia, invece, pare a me debba prevalere l'ipotesi opposta, se è vero che il virus progredisce dal punto dell'inoculazione ai centri camminando lungo i tronchi nervosi. Da ciò, infatti, deriva, per logica conseguenza, che il virus deve attaccare direttamente le cellule nervose, lederle nel loro trofismo, produrne la degenerazione, il disfacimento, la necrobiosi, delle quali lesioni cellulari sono effetti le alterazioni irritative e reattive del connettivo e dei vasi. Poichè, dunque, son le cellule nervose che fungono da stimoli, si comprende come accada, non soltanto intorno ai vasi, ma anche intorno a queste, l'aggruppamento dei linfociti migrati o delle cellule connettivali ed endoteliali proliferate, il che non tanto di frequente si verifica in altre forme infettivo-tossiche. Vi possono esser, quindi, fra le lesioni di queste e quelle della rabbia, differenze di grado ma non di natura, ed inerenti alla gravità maggiore dell'infezione ed alla via che il virus percorre.

Si discute, ancora, circa la localizzazione delle lesioni, se, cioè, queste risiedano a preferenza nel bulbo, come dice il Babes, o nei gangli cranio-spinali, come sostengono il Van Gehuchten ed altri. Io le

ho trovato diffuse, generalizzate in tutto il sistema nervoso: e diffuse le han trovate ancora altri, come p. e. il Daddi, e deve esser così poichè i fenomeni della rabbia interessano appunto tutto il sistema nervoso, dai centri psichici a quelli di senso e di moto, dalle zone corticali al bulbo, ai nervi periferici. Al massimo può dirsi che tali lesioni predominano in una o in un'altra regione a seconda di circostanze diverse, delle quali qualcuna possiamo determinarla, qualche altra rimane indeterminata ed ignota, a seconda p. es. della specie dell'animale inoculato, dell' intensità maggiore o minore del virus (virus di strada e virus fisso), della sede dell' inoculazione, di contingenze individuali differentissime. Così mentre altri osservatori hanno trovato scarse le lesioni delle cellule corticali, nel mio caso erano notevoli, specie nei lobi frontali, probabilmente in rapporto alla avvenuta inoculazione nella regione nasale. Il che sarebbe in accordo coi risultati delle ricerche del Gianturco (1), il quale trovò l' infiltramento linfoide perivasale, la produzione dei focolai parvicellulari e le lesioni delle cellule più intense ed evidenti in quelle zone del midollo spinale che sono in rapporto colla sede della ferita cutanea. Prescindendo, però, da queste modalità e differenze, in generale parmi debba tornarsi all' antica idea di Benedikt (2) e di Kolessnikoff, (3)

(1) Gianturco — Ricerche istologiche sulla rabbia (La Psichiatria, Anno V. 1887).

(2) Benedikt — Zur pathologischen Anatomie der Lysse (Virchow' s Archiv. Bd. 64 e 71, anni 1875 e 1878).

(3) Kolessnikoff — Pathologische Veränderungen in Nervensystem bei der Wuthkrankei) (Centralblatt für die med. Wiss. 1875).

i quali consideravano la rabbia come una *encefalo-mielite acuta*, che da luogo alla formazione di focolai miliari così intorno ai vasi come intorno alle cellule nervose, idea che, in sostanza, è anche quella del Golgi, che parla di *encefalo-mielite parenchimatosa diffusa*, aggiungendovi soltanto che questo processo non solo si estende a tutto l'asse cerebro-spinale, ma interessa altresì i gangli spinali e cranici.

Nocera Inferiore, Agosto 1902.

Manicomio Russo in Miano
diretto dal Prof. **Andrea Grimaldi**

LA PRIORITÀ DEGLI STATI AFFETTIVI

NEI

DELIRII PARANOICI

DEL

DOTT. ANDREA GRIMALDI

Libero docente nella R. Università di Napoli

I.

Questo scritto, salvo lievi modificazioni, introdottevi quasi esclusivamente per dar posto alla letteratura dell' argomento, giace sulla mia scrivania da alcuni anni, e mi decido a pubblicarlo ora, incalzato dal fatto che, qua e colà, scrittori, più di me attivi, battono in breccia certi pregiudizi di scuola (1).

Le dottrine moderne dei sentimenti, intorno ai quali la psicologia va raccogliendo dovizie di studii, di osservazioni, di esperienze destinate a svelare i segreti vergini d' un mondo sconosciuto, mi avevano stenebrata la mente perduta, nell' oscurità ,insondabile dell' incosciente,

(1) I lavori più recenti sono quelli di Specht e Margulliès che indicherò in seguito, qui cito solo un interessante studio del *Ferrari: Influenza degli stati emotivi sulla genesi e sullo sviluppo dei delirii e di alcune psicosi.* — Rivista di Freniatria 1901.

alla ricerca delle origini delle perturbazioni dell' intelletto (1).

La mia antica fede nella primitività dei fenomeni rappresentativi e nella indipendenza e libertà loro si era scossa: già avevo in qualche mio scritto consacrato parole di convinzione forte e sincera alla dignità dei sentimenti non inferiore a quella delle idee (2) e, solo, al Congresso di Psichiatria di Napoli lamentai la scarsa attenzione degli alienisti allo studio della vita affettiva ed aggiunsi « doversi restringere, pure urtando tradizioni e tendenze, il numero delle idee deliranti, considerate come primitive » (3).

Ebbene, ciò che pareva un' utopia è ora una verità, che guadagna ogni giorno terreno e, per non essere ultimo nel numero dei suoi proseliti, traggo questo scritto dal suo lungo, inonorato riposo e dalla polvere colletta.

∴

Se dovessi accrescere ancora di uno l' elenco dei mali prodotti dall' intellettualismo, la cui enumerazione lessi in un libro, non antico, del Thomas (4) aggiungerei quello, non trascurabile, di avere allontanate le menti dei cultori della Psichiatria dalla vera origine psicologica di alcuni deliri che ancora oggi si designano come primitivi, pel pregiudizio intellettualista, appunto, inocu-

---

(1) Quasi tutta la ricca letteratura dei sentimenti trovasi in; *Michae-Savescu: Die Gefühlslehre in der neusten franzoesichen Psychologie* — Leipzig 1900.

(2) *Grimaldi — Il Pudore* — Il Manicomio Moderno N. 1 - 2, 1897.

(3) Atti del X Congresso della Soc. Freniatrica Ital. Reggio Emilia 1900 pag. 337

(4) *Thomas* — Education des sentiments. Paris, Alcan 1899. pag. 2 e seguenti.

latoci dalla Psichiatria tedesca fedele alle tradizioni della filosofia nazionale (1).

Per spiegare l'origine primordiale di tali delirii si è ricorso a tutto e specialmente alla comoda risorsa dell'incosciente, comoda al dire del Fouillèe (2), perchè ci dispensa da ogni verifica o dimostrazione, senza mai trovare quel primo evento che potesse ritenersi come un nesso sicuro fra organismo ed intelletto.

Ora questo primo evento, questo nesso può essere solo rappresentato dai fenomeni affettivi considerati come facce psichiche delle intime ed oscure modificazioni organiche, le quali per essere gli elementi essenziali della personalità, diventano ascendendo alla coscienza rappresentanti veri dei bisogni vitali, i motori più potenti della vita del pensiero.

E qui si affaccia una prima quistione, quella dei rapporti dei sentimenti colle rappresentazioni e specialmente del loro ordine di precedenza (3).

Quistione che può essere risoluta nel senso che la precedenza dei fenomeni affettivi su quelli conoscitivi trova oggi la concordanza di opinioni del maggior numero di psicologi.

Le ricerche filogeneticge ed ontogenetiche pare ab-

---

(1) Ed è ora proprio nei paesi nordici che si va compiendo al riguardo una vera rivoluzione come attestano numerose pubblicazioni portanti i nomi di Sandberg, Moeli, Neisser, Friedman, Wernicke, Hitzig, Tilling, Störring, Specht, Margnliès.

(2) Fouillée — La psychologie des idées-forces. Alcan 1893. Vol I, pag 99.

(3) I rapporti dei sentimenti colle rappresentazioni sono ampiamente trattati da *Ribot — La psychologie des sentinents.* Paris Alcan, 1896. — da *Payot — Education de la volonté*, Paris, Alcan 1897 — dal *Fouillèe — loco cit.* del quale però non divido l'opinione che ogni sentimento contenga un valore intellettuale — e da altri.

biano messo in chiaro, salvo non sostanziali divergenze di vedute, la priorità del sentimento.

Nei più elementari esseri organizzati dove l' ammettere uno stato affettivo conforme a quello degli animali supepiori incontra forti ripugnanze, i più riconoscono meno i fisiologi meccanisti, almeno uno stato affine regolatore dei primi adattamenti.

Il Baldwin (1) è d' avviso che nelle forme più semplici della vita l' evoluzione dell' organismo presuppone un' attività biologica analoga alla coscienza edonica. Per Beaunis presso gli organismi inferiori, ridotti a una massa di protoplasma contrattile, le prime sensazioni han dovuto essere impressioni vaghe di benessere e di malessere corrispondenti ai loro stati interni (2). Ed il Masci, più esattamente, trova in essi un' unità psichica che ha la forma della continuità del sentimento uniforme e diffusa (3).

Quali sieno i risultati delle minuziose analisi e delle investigazioni pazienti fatte, specialmente in questi ultimi tempi, sullo sviluppo mentale del bambino da Sigismund (4) Wundt (5) Kussmaul (6), Preyer (7), Sully (8), Perez (9), Baldwin (10), Kröner (11) non v' è chi non sappia: essi si com-

(1) Baldwin — Le developpement mental chez l' enfant et dans la race Paris 1897, pag. 214.

(2) Beaunis — Le sensation internes, pag. 250.

(3) Masci — Lezioni di filosofia teoretica, anno 1892-93.

(4-5 6) — Citati in una conferenza tenuta nell'Assemblea annuale della Società dei Medici ospedalieri di Budapest dal Dott. Julius Donath — *Die anfänge des menschlichen Geistes* — Stuttgart 1898 pag. 9-10.

(7) Preyer — L' âme de l' enfant, pag. 152.

(8) Sully — Études sur l' enfance, pag. 262.

(9) Perez — Les trois premières année des l' enfant.

(10) Baldwin — Loco cit.

(11) Kröner — Das körpeliche Gefuhl, Breslau, 1887, pag 42

pendiano in ciò che esistono segni certi di fenomeni affettivi prima che appariscano segni di fenomeni intellettivi. Il Preyer più degli altri lo afferma nettamente.

In quanto ai rapporti fra sentimenti e rappresentazioni nell'uomo adulto i moderni psicologi si dividono in due schiere: quelli che, preoccupati dall'alta dignità delle idee intendono a mostrarle indipendenti dagli stati affettivi di cui anzi sono generatrici e padrone, Herbart (1), Nahlowsky (2), Linder (3); e quelli che riconoscono ai sentimenti una parte primordiale e preponderante nel risveglio e nell'associazione delle idee, Horwicz (4), Fouillée (5), Ribot (6), ecc.

I partigiani della scuola dell'Herbart arrivano a sostenere che ogni stato affettivo non esiste che per l'influenza reciproca delle rappresentazioni; cioè che ogni sentimento risulta della coesistenza nello spirito di idee che si accordano o si combattono. È questa la teoria intellettualista subordinante l'ordine affettivo all'ordine mentale (7).

I partigiani dell'altra dottrina, rimontante al Rousseau, sostengono invece, che gli stati affettivi, indipendenti, primitivi, autonomi, hanno uno straordinario potere di suscitare stati rappresentativi, facendosi poi centro della loro associazione, laddove le rappresentazioni possono trascorrere inerti, vane, impotenti ad im-

(1) L'esposizione delle teorie dell'Herbart ho rilevata, fra altri, da Wundt — Psychologie physiol.

(2) Nahlowsky — Das Gefühlsleben in seinen ecc., Leipzig 1884.

(3) Linder — Lehrbuch der empirischen Psychologie.

(4) Horwicz — Psychologische Analisen.

(5) Fouillée — Loco cit.

(6) Ribot — Psychologie des sentiments, Paris, 1897, II édit.

(7) Dumas — La Tristesse et la Joie, Paris, 1900.

primere all'animo qualsiasi movimento: queste o si accordano ad un sentimento dominante (o tendenza) su cui agiscono, rinforzandolo e dandogli una direzione determinata, e nulla creano di nuovo; o lo contrastano, ed è dalla resistenza che il sentimento dominante oppone loro che nuova energia esso acquista o nuovi affetti hanno nascimento.

In nessun caso quindi le idee sarebbero, esse, produttrici di stati affettivi. I sentimentalisti si sono vigorosamente appoggiati alla teoria emessa da James e Lange sulla natura delle emozioni — corrente col nome di teoria somatica o fisiologia — e l'han fatta propria, loro parendo che l'autonomia e la prevalenza degli stati affettivi ne ricevessero conferma e sostegno positivo.

Per effetto della teoria anzidetta i sentimenti non sono più considerati come fenomeni mentali consecutivi a rappresentazioni e determinanti in linea secondaria modificazioni organiche e nevro-vascolari, ma, sempre e prima, anche se provocati da rappresentazioni, come variazioni organiche di cui il fenomeno psichico, che dicesi sentimento, è la conseguenza.

Però la dottrina di James che assegna agli elementi fisiologici dell'emozione un'origine periferica e quella di Lange che l'estende ai centri, in modo insufficiente, hanno lasciato un campo aperto alla discussione (1). A proposito della quale, qui, mi limito, nell'interesse dell'argomento che tratto, a fermarmi sulle vedute del Dumas (2) circa il fondamento fisiologico

(1) Debbo qui notare che il principale sostenitore in Italia della teoria fisiologica è stato il *Sergi* — *Dolore e Piacere*. Storia naturale dei sentimenti. Milano 1894.

(2) Dumas — Loco cit. pag. 397.

del piacere e del dolore morale, raccolto nella seguente conclusione: «il piacere morale e il dolore morale restano dei sentimenti sui generis, dei fenomeni elementari, riferibili senza dubbio a condizioni particolari dei centri nervosi, a stati cellulari precisi ».

Parmi, anzi tutto, che nell' intento di altri sperimentatori di indicare delle zone cerebrali particolari come centri dei sentimenti è, senza dubbio, implicito il concetto che le emozioni siano da riferirsi a condizioni speciali dei centri nervosi e quindi delle loro cellule.

Così il Flechsig (1) che il Kirchoff, così il Kitchener che il Münsterberg, così l'Oppenheimer che la Calkisn si trovano nello stesso ordine d'idee, se si resta in termini così generali; ma, chi volesse poi trovare la sorgente delle vedute del Dumas, dovrebbe consultare Meynert (2) dal quale mi paiono prese di sana pianta.

Quasi tutte le teorie localizzatrici, poi, parlano di cellule, che non si sa se siano le stesse di quelle dedicate alle sensazioni o diverse, e, supponendo che sieno le stesse, non si sa come ora producano sensazione ora sentimento.

Un passo sulla via di allontanare simile confusione fu fatto da Lugaro (Atti del X Congresso della Soc. Fren. Ital. pag. 109). Egli avanzò, con tutte le riserve, l'ipotesi che « due distinte elaborazioni delle impressioni esterne avvengono nei centri, una internevro-

(1) Per la critica alle vedute di Flechsig e di altri confr:

Oppenheimer — Physiologie des Gefühls — Heidelberg 1899 pag. 57 e segg.

Bianchi — Trattato di Psichiatria, vol. II.

(2) Meynert — Clinique des maladies du cerveau antérieur — 1888, pag. 200 e seguenti.

nica tra le terminazioni delle fibre afferenti, una intraneuronica, tra le onde apportate dai dendriti ed i processi dinamici che si svolgono nell' interno del corpo cellulare; e che la prima corrisponda ai fenomeni di conoscenza, la seconda agli stati affettivi ». Io credo che la meno avventata delle ipotesi sarebbe che secondo l' intensità dello stimolo gli elementi cellulari darebbero ora sensazione ora sentimento, ora l' una e l'altro insieme.

Non è analogo al concetto dell' origine centrale da un punto di vista genetico, il pensiero del Baldwin (1)? Infatti, secondo questo psicologo, i fenomeni edonici appariscono insieme a stimoli centrali o processi organici, chimici e nutritivi, (sostanze alimentari, ossigeno, luce), prima cioè delle loro scariche motrici: il che vuol dire che prima che i movimenti, di qualsiasi specie, acquistassero valore di segni edonici, non essendo in principio che reazioni di utilità, avevano già valore di segni i processi organici centrali.

Per tornare all' ipotesi del Dumas, si può dire lo stesso di ogni sentimento morale che non sia semplicemente piacere o dolore, tristezza o gioia?

Non è dato ammettere che condizioni chimiche, nutritive o dinamiche potessero diventare la causa stimolante, provocatrice di speciali modificazioni di elementi cellulari riuniti in gruppi particolari per ogni sentimento specializzato?

Il cervello é il centro più alto di tutte le funzioni organiche dice il Bianchi (2) e similmente il Tam-

(1) Baldwin — Loco cit. pag. 164, 165.
(2) Bianchi — Trattato di Psichiatria, Vol. I. pag. 119.

burini (1): « tutte le funzioni organiche, secretive, nutritive, motrici sono rappresentate sulla corteccia cerebrale in punti diversi, ai quali metton capo le impressioni di senso e di movimento che accompagnano il funzionamento normale e patologico di tutti gli apparati organici e ne partono le influenze funzionali per i vari organi viscerali ».

Ora, se si accetta, come pare si vada dimostrando che ogni sentimento è provvisto di una espressione corporea sua propria (Ribot, Binet e Courtier (2)), si deve ammettere pure che le corrispondenti impressioni dei singoli aggregati espressivi sono trascritte e fissate sul mantello cerebrale. Posto ciò, adatti stimoli, agendo sui detti punti, possono riprodurre le speciali sensazioni costituenti la cenestesi dei diversi stati emotivi coll' effetto di risvegliare nient' altro che il fenomeno mentale conosciuto come sentimento o emozione. E poichè questi stimoli centrali si propagano alla periferia, per le vie abituali associate, generandovi movimenti, le modificazioni periferiche si sommano alle centrali e il fenomeno affettivo è completo.

Queste considerazioni inducono ad accogliere l' ipotesi che i sentimenti possono avere tanto un' origine periferica quanto un' origine centrale. In questo secondo caso la valutazione, al lume della coscienza, d' una condizione organica dei centri nervosi si avvalora, arricchisce e rinforza colla valutazione (sentimentale) delle concomitanti o successive modificazioni periferiche.

Ma checchè sia della sede, dei limiti, e del numero degli elementi fisiologici che producono il fenomeno af-

(1) Tamburini — Atti del X Congresso della Soc. freniatrica italiana pag. 246.

(2) Binet et Caurtier — La vie émotionnelle. L'année psych. 1897.

fettivo; qualunque sarà la sorte della teoria che fa del sentimento il correlativo spirituale di fenomeni corporei, gli intellettualisti non potranno mai fare del sentimento un derivato della conoscenza.

Poichè le condizioni della coscienza non sono che le condizioni della vita, chè dove manca la vita ivi solo manca la coscienza e dove è vita ivi è coscienza, per quanto rudimentale, il suo primo contenuto è ineluttabilmente il fenomeno vitale.

La facoltà rappresentativa nei suoi primordii non è che la ricerca degli agenti modificatori delle funzioni vitali, posteriore, perciò, all'interessamento manifestatosi nella coscienza o in un che di analogo alla coscienza per gli stati interni e per le modificazioni indottevi dall'influenza ignota, varia ed incessante degli elementi.

Se fossero mancate le azioni utili o nocive degli stimoli sulle funzioni vitali, se queste avessero potuto perpetuarsi con ritmo costante ed indisturbato in un mezzo acconcio a sostenerne il regolare andamento, gli esseri organici non avrebbero mai fatto uno sforzo per uscire da sè stessi e sarebbero rimasti chiusi in una subiettività immobile e sempiterna.

É innegabile inoltre, salendo all'uomo, che avanti delle rappresentazioni esistono organi e apparati organici deputati alla rappresentazione e che l'avvertimento subiettivo, immediato, delle condizioni vitali di essi (sentimento) non può non essere anteriore o almeno presente al fatto conoscitivo che è essenzialmente obiettivo e mediato. Può dirsi perciò che ognuno si foggia il mondo a sua immagine e somiglianza.

II.

Che alcune malattie mentali siano precedute da disordini affettivi, cioè che i primi fenomeni, salvo eccezioni, rilevabili in esse siano i disordini affettivi è un fatto riconosciuto.

Che tutti i fenomeni morbosi della malinconia, a mo' d'esempio derivino dallo stato doloroso dell'animo e che dalla stessa sorgente abbiano vita ed alimento i delirii è da tutti ammesso.

È anche ritenuto, fermandoci alla malinconia, che l'intonazione dolorosa non sia altro che l'affezione cerebrale stessa, immediatamente imposta alla percezione (Schüle, Meynert).

Di tal che la successione dei fatti è la seguente: modificazioni organiche, sentimento morboso (forma cosciente delle modificazioni organiche), delirio.

Non abbiamo niente da dire.

Ma esiste per gli alienisti un altro gruppo di malattie mentali — le paranoie — in cui le cose procedono diversamente: i disordini intellettivi sono i primi fenomeni, le idee deliranti i primi ospiti ingrati.

Ed anche qui, dopo che Guislain si era dimenticato, dopo che Westphal aveva trionfato di Griesinger, l'accordo era diventato quasi generale.

Ma la discordia fu riaccesa dalla teoria Iames-Lange delle emozioni, a proposito della quale il Morselli, primo fra tutti, aveva detto: « Volendo introdurre in Psichiatria le teorie odierne dell'origine delle emozioni, si dovrebbe modificare assai la dottrina

primitivamente intellettuale dei delirii paranoici » (1).

Bisogna però confessare che il cammino ulteriore delle idee sconfessanti la primitività dei delirii paranoici è stato agevolato dai psicologi.

Questi, infatti, già da tempo, per provare la priorità psichica dei fenomeni affettivi, si servono di quei fatti clinici che gli alienisti ritengono come documenti della priorità dei delirii.

Così le idee coatte, tipi di alterazioni primitive dell'intelligenza, sono pel Ribot riducibili alla paura e al disgusto (2); così pure la pazzia del dubbio non è, per lui, malattia del giudizio, essendovi l'elemento intellettuale secondario e la causa vera dovendosi cercare nell'indebolimento della vita affettiva e della volontà (3).

Il Godfernaux, dottore in lettere, ragiona allo stesso modo pel delirio paranoico persecutorio. Egli dice: Supponiamo che le manifestazioni organiche della paura si producano in virtù di cause tutto interne, in seguito di certi disordini nervosi per es: il soggetto avrà paura. Egli sarà invincibilmente portato a credere che qualche fatto grave gli avviene o gli deve avvenire. Fatti indifferenti prenderanno per lui un carattere minaccioso. L'immaginazione non tarderà a fornirgli oggetti precisi di paura. Se tutto è rassicurante si sentirà minacciato da un agente invisibile ed aborrito. Nell'assenza di ogni fatto reale giustificante un'emozione d'origine puramente interna, le attribuisce cause, ancora inverificabili, ma che si riveleranno in avvenire. In una parola

(1) Morselli — Nota in — Le psicosi di Ballet — Trattato di Medicina di Charcot e Bouchard, vol. 6, pag. 214.
(2) Ribot — Psych. des sent., pag. 212.
(3) » — » » » » 367.

il pensiero presenta delle — giustificazioni più o meno nette; il disordine interno, cosciente sotto forma d'emozioni, si trascrive nel pensiero e tende spesso a giustificarsi per una sintesi adeguata di immagini e di idee associate (1).

Rotta la carena della tendenza a vedere nella anteriorità del delirio la caratteristica della paranoia, la falla si è andata allargando.

In favore del nuovo ordine d'idee sono comparsi in Germania parecchi scritti, fra cui notevoli quelli recenti di Specht e Marguliés.

Specht fa scaturire le idee deliranti paranoiche da un'esagerazione morbosa d'uno stato affettivo risultante da un misto di piacere e di dolore — la diffidenza — il cui componente particolare è la depressione, perchè si abbia il delirio di persecuzione, e l'aumentato sentimento dell'io, pel delirio di grandezza (2).

Marguliés si appoggia ad un più saldo argomento psicologico e clinico: osservando che il contenuto della coscienza nel primo periodo della paranoia è intatto ed è invece alterata l'attività della coscienza, cui presiede il sentimento, ritiene che i primi disordini non possono verificarsi che nel campo delle sensazioni e dei sentimenti. Ed è secondo lui questo il solo punto di vista che, una volta acquisito, illuminerà le conoscenze ancora confuse della paranoia (3).

(1) Godfernaux — Le sentiment et la pensée, Alcan, 1894, pag. 66-67.

(2) Specht in Bleuler — Zur Genese der paranoischen Wahnideen — Psychiatrische Wochenschrift, pag. 254.

(3) Marguliés — Die primäre Bedeutung der Affecte im ersten Stadium der Paranoia — Monatsschrift für Psich. und Neurol. vol. X, Berlin 1901, pag. 269-270. Per ben intendere il pensiero dell'A., rilevo che egli considera come contenuto della coscienza « la totalità dei ricordi esistenti associati a determinare sentimenti » e attività della coscienza « la formazione di nuove associazioni sotto l'influenza dei sentimenti (pag. 270) ».

In Italia il Ferrari ha dedicato a questa tesi uno studio notevole, facendo tesoro delle alterazioni cenestesiche di psicopati, opportunamente esaminati, perchè, secondo lui, è il « sommuoversi del fondo organico primitivo dell'individuo che costituisce l'elemento emozionale da cui si determina il carattere emozionale, così delle idee deliranti vesaniche, che di quelle paranoiche (1) ».

Anche il Del Greco, ad onor del vero, aveva, pur lasciando un posto preminente ai disordini intellettivi nella paranoia, volta un'attenzione adeguata allo studio dei fenomeni affettivi di essa, conchiudendo, a proposito del delirio persecutorio, che: l' idea di persecuzione è il lato intellettuale, rappresentativo, di una personalità simile a quella, che, nella sua espressione più semplice ed istintiva, ci appare nella paura (2).

⁂

Guardiamo ora anche noi quale contributo di osservazioni possiamo aggiungere a quelle che già sono apparse a la mente de' psichiatri, con l' intento di costruire solide fondamenta alla teoria anzi detta, non nuova, ma ora risorgente a novella vita.

Possediamo una gran massa di fatti per la quale è sufficientemente — e lo sarà meglio dai progressi della

(1) Ferrari — Loco citato.

(2) Dove il Del Greco meglio esamina la parte preponderante che prendono le emozioni nello sviluppo del delirio paranoico parmi sieno i seguenti lavori:

Sull' evoluzione del delirio paranoico — Il Manicomio Moderno, Anno X, N. 3.

Temperamento e carattere nelle indagini psichiatriche ecc. id. id. Anno XIV, N. 2.

clinica e dell' esperimento — provato che i disordini psichici seguono ad alterazioni somatiche diffuse a tutto l' organismo, o ristrette ad alcuni apparati ed organi (cervello), tanto che oramai non è possibile ritenere che le alterazioni organiche non siano l' antecedente necessario, indispensabile dei disturbi psichici.

A siffatto antecedente non sfugge la paranoia, chè anzi essa, pigliando radici per lo più in un terreno di funeste influenze trasmesse per eredità, si appoggia su elementi morbosi stabili, impressi nell' organismo, scolpiti in alterazioni e deviazioni morfologiche immutabili. Queste non è a dire che non esercitino il loro potere, per quanto occulto, essendo oramai un concetto scientifico acquisito che le forme più o meno stabili degli organi sono i segni delle loro funzioni (1); e che quindi le forme alterate o deviate, stanno ad indicare eguale alterazione o deviazione delle loro funzioni.

Non si può concepire che un organismo, un sistema nervoso, un cervello sieno colpiti da qualche cosa di anormale, senza che ciò si riveli come un modo di sentire prima che come un modo di pensare, perchè i fatti intellettivi non possono, allorchè si manifestano, non trovare già una coscienza intonata ad una vibrazione affettiva, derivante dalle modificazioni nutritive dell' organo o dell' organismo in essa trasparenti. Si badi a quanto accade a chi si sveglia dal sonno: la coscienza vi è innanzi tutto una presa di possesso del proprio essere, de' proprî stati interni, del proprio sentimento corporeo, prima che interessamento a sensazioni nette e distinte, ad idee, a giudizî.

(1) Baldwin — Loco cit., pag, 200.

Sicchè anche nel paranoico, come nel malinconico, la successione de' fatti è: modificazioni organiche, sentimento morboso (forma cosciente delle modificazioni organiche), delirio. L'analisi psicologica esatta non trova fin qui in entrambi nulla di diverso nella successione e nella natura de' fenomeni morbosi.

.·.

Se dunque il delirio ha nella paranoia la stessa origine che nella malinconia, dove troveremo le differenze specifiche di queste due forme morbose così diverse fra loro da parecchi punti di vista?

Noi possiamo considerare come assiomatico il fatto che la malattia si riveli alla coscienza come dolore; ma basta questo per spiegare qui le idee malinconiche, là le persecutorie o altre ancora?

È alla forma del sentimento dominante o precursore che chiederemo la spiegazione desiderata. Ma prima di far ciò apriamo una parentesi.

Il sentimento nella sua indeterminazione primitiva è nudo di ogni elemento conoscitivo, è e rimane in sè stesso. Il primo bagliore di conoscenza appare nel conato di giustificare i differenti stati interni di sentimento; l'intelligenza, bene osserva il Fouillèe, originariamente non ha altro obbietto che i differenti piaceri e dispiaceri (1). Forse, anzi, il primo ed unico movente dell'intelligenza fu il dolore, il motivo di sottrarsi al dolore (Schopeuhauer, Rolph, Trojano).

Collo sviluppo dell'elemento conoscitivo, sotto il pungolo del dolore, ad alcuni stati dolorosi fu riconosciuta

---

(1) Fouillée — Loco cit. pag. 106.

una causa in agenti esteriori all'organismo paziente, e in virtù dell'associazione *tali* dolori divennero segni di *tali* cause dolorose.

S'intende che il risveglio spontaneo per ragioni nutritive o altre influenze interne di stati dolorosi identici a quelli riconosciuti d'origine esterna non poteva non essere accompagnato dalla convinzione o dalla previsione d'un danno da cause esterne.

Così nacque la paura. La quale non è l'anticipazione (intellettiva) d'un dolore, ma un dolore anticipato, presentito, che è ben altro.

Aggiungete, colla comparsa e lo sviluppo del sistema nervoso tutte le modificazioni fisiologiche che sono in suo potere; fate che queste modificazioni, generate da cause sempre identiche, si ripetessero, identicamente, per vite intere e per lunge generazioni successive e vedete se esse non dovessero diventare i più sicuri segnali di quelle cause.

È in grazia di un tale meccanismo che i sentimenti diventano forze eccitatrici dell'attività conoscitiva, perchè essi portano seco, non solo il bisogno d'essere esplicati e giustificati, ma la traccia della direzione verso la quale la spiegazione deve chiedersi.

L'analogia coi bisogni fisici meglio conosciuti e determinati (fame, sete) offre un campo di confronto materiale, per meglio intendere ciò che si eleva per gradi insensibili nell'ordine morale, riducibile sempre a rapporti della personalità con ciò che ad essa riesce utile o dannoso.

Ogni sentimento porta quindi, in virtù di secolari vincoli, a sè legato l'elemento rappresentativo, d'onde l'influenza direttiva sul corso delle associazioni ideative.

Per forza di tali vincoli il dolore, la sofferenza, la

tristezza si associano all' idea di disgrazia, di miseria, di colpa; la paura all' idea di offese o danni da agenti esterni, ed altri sentimenti ad altre idee.

L' emozioni morbose, sorte per alterazioni organiche, non restano a lungo prive di un contenuto rappresentativo, chè anzi alle volte (come nella paranoia) questo ha l'apparenza di anticipare, perche l' idea è uno stato di coscienza chiaro e preciso, mentre il sentimento sottostante e motivante è indistinto ed oscuro.

Perciò i disturbi affettivi non solo dominano e soggiogano sempre la funzione intellettiva, come dice il Morselli, colla sua abituale esattezza, ma le impongono il contenuto.

Quel sentimento, quelle idee. Come sfuggire? Il sentimento è l' organismo malato fatto coscienza; esso rappresenta il massimo *interesse* biologico del soggetto: le idee non possono esserne che l' eco fedele, le interpreti eloquenti.

Il sentimento precursore e dominante (dico dominante, perchè possono esservene intessuti altri di minore intensità e di secondaria importanza) spiega dunque le idee prevalenti nella malinconia e quelle prevalenti nella paranoia.

Sotto del sentimento si profondono peculiarità antropologiche, biologiche, di temperamento, le quali certo hanno non lieve valore, ma il primo fatto psichico in cui scintillano queste, variamente conteste, forze fisiche e fisiologiche sono i sentimenti: e nei sentimenti bisogna quindi cercarne le prime voci, i primi moti coscienti.

∴

Carattere capitale del paranoico si è voluto considerare il fatto ch' egli, a differenza del malinconico, « trasvola sull' interno impedimento e si getta nell'obbiettivo. » Ciò è vero come fatto, ma non per l'ufficio che al fatto si assegna.

Certi sentimenti, l'ho già dimostrato, portano più che altri, come effetto della loro apparizione, la tendenza alla ricerca d' una causa esteriore, la quale, come fine, va oltre il sentimento, di tal che l' attenzione perde di mira questo, badando a quello (1).

Cotesto fatto però è tanto comune, e così ovvio, anche in condizioni fisiologiche, che non si può indicarlo come caratteristico di una sindrome morbosa.

Quanti son disposti a riconoscere che subiti scoraggiamenti, nere tinte dell'animo, sinistri e tormentosi pensieri sieno prodotti da intimo disagio dei tessuti, piuttosto che da fattori esterni ai quali, per legge di minore sforzo, si attacca così spesso la nostra mente?

Chi nella insufficiente irrorazione sanguigna, nella ossidazione povera, nell' alterato ricambio materiale; chi

(1) Max Nordau in *Paradoxes psychol.* pag. 23, dice molto esattamente così: Celui qui à peur agit en homme avisé en songeant seulement à déguerpir et non à se livrer à un introspection minutieuse.

nelle stentate digestioni o pigre peristalsi è disposto a trovare le cause del suo pessimismo, delle sue dubbiezze, delle diffidenze croniche, degli odi che lo accecano.

Io riconosco intera la subbiettività del sentimento, ma mi son convinto che gran parte dei nostri sentimenti ci sembra più qualità emanante degli obbietti che stato interno obbiettivato.

È forse triste il tramonto, paurosa la tempesta, pietosa la miseria dei nostri simili? La tristezza, la paura, la pietà sono in noi, ma appaiono stati delle cose.

Il sentimento acquista così i requisiti d'un fatto conoscitivo ed è preso per tale.

Se il paranoico perseguitato vede nemici, atti di ostilità, prove di avversione dovunque, non è perchè egli riveste e plasma il mondo della sua subiettività paurosa e la crede, per illusione, obbiettiva?

Egli non trasvola sull'interno impedimento, ma lo incontra per tutto, e, credendo di muoversi liberamente nel mondo, si muove invece nella propria immagine, o in un sè esteriorizzato.

∴

Abbiamo ancora altri argomenti per spiegare questa sostanziale differenza tra il malinconico e il paranoico? che l'uno si piega su sè stesso e riconosce la propria impotenza, l'altro non se ne avvede e si rivolge al di fuori?

Altri argomenti ci sono offerti dal sentimento stesso. Se il sentimento non è accompagnato da attributi fisici costituenti dei segni locali atti a farlo riconoscere di

origine corporea, cessa di essere una modificazione subiettiva di carattere interno ed acquista i requisiti impersonali dei fenomeni morali e la natura quasi rappresentativa ed obbiettiva di questi.

Il Paulhan aveva detto: quando le differenze che separano un fenomeno affettivo da un fenomeno rappresentativo sono assai deboli e tendono a sparire, si comprende che i fenomeni tendono a confondersi e forse realmente si confondono (1).

La qualità del sentimento e la forza di esso, dice l'Höffding, sono in ragione inversa.

In parecchi casi, egli aggiunge, l'osservazione interna può discernere due stadi nella nascita del sentimento: un primo in cui *l' influenza sugli elementi intellettuali*, e quindi la qualità particolare del sentimento, si manifesta distintamente, e un secondo che corrisponde alla reazione organica del cervello (2).

Se dunque gli attributi corporei del sentimento sono deboli, e se questo non supera una mediocre intensità, come avvien di fatto specialmente nei delirii paranoici a decorso lento, l'origine interna sfugge all'osservazione e i processi intellettivi si mostrano desti, facili, pronti, agevolati da un'attività che ha l'apparenza di essere loro propria, cioè un prodotto delle loro spontaneità.

Essi sono un contenuto sentimentale sotto forma rap-

(1) Paulhan — Les phénoménes affectives ecc. — Paris, Alcan, 1887, pag. 80.

(2) Höffding — Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience — Alcan, 1900, pag. 362.

presentativa ed ingannano così il paziente che l'osservatore; il paziente, cui, parendo l' idea il riverbero di un fenomeno obiettivo, sfugge tutto ciò che c' è di suo proprio malessere e l'osservatore, cui l'idea delirante pare il primo e più importante fenomeno.

Anche l'orgoglio vieta al paranoico di fermarsi sui segni della propria debolezza ed impotenza; ma di ciò parlerò altrove.

⁂

Un'altra nota caratteristica della paranoia s'è creduto vederla nella « insolita e protratta attività del processo appercettivo ». Certo, la chiarezza della percezione dipende dall' attenzione, cioè l' idea più chiara è quella che è accompagnata dalla massima attenzione; ma questa non è senza un *interesse.*

Nel paranoico *l' interesse* è dato dalle disposizioni paurose, dallo stato emotivo imperante, indice d'un più profondo malessere.

L' intelletto va significando ciò che *detta dentro* il sentimento.

La paura è l' unità dalla quale germogliano e alla quale convengono le rappresentazioni; è il cemento da cui son mantenute insieme le nuove costruzioni mentali.

Chi è che grida al paranoico « cammina, cammina »? Chi lo spinge ad un' incessante analisi di tutto il suo materiale d'esperienza? Quando egli si perde nel dedalo della ricerca, qual' è il filo che lo guida?

Il delirante paranoico è un individuo cui il vivo sen-

timento, la passione fan velo alla ragione, poichè « è proprio dei fatti emozionali, turbare la serenità del giudizio, concentrare e a dir così assorbire tutta la vita psichica e togliere interessamento a ogni cosa che non abbia con essi stretta colleganza ». (Troiano [1]).

I giudizi del paranoico sono erronei, perchè interessati e passionati. Per servire al sentimento imperante son costretti a percorrere tutta una gamma di sillogismi sbagliati, di sofismi o di fallacie (Morselli [2]), i quali riescono sotto la parvenza ingannevole di ragionamenti liberatori ad incatenare meglio l'infermo al dispotismo, all'egemonia dell'emozione morbosa.

E perchè nella sua mente vedi demolizione da un lato, e sforzi vani di ricostruzione dell'altro?

Forse per un puro bisogno contemplativo dello spirito? un desiderio di conoscere per conoscere? un'elevata idealità di sapere astratto?

Mai più! La vita mentale del paranoico si svolge tutta in una sfera inferiore a quella della ragione pura, d'una intelligenza causa e fine a sè medesima; essa è mossa da un *interesse* non ideale ma materiale, non teorico, ma pratico — *l'interesse della difesa della propria esistenza minacciata.*

Egli non si quieta, perchè la sua paura non si quieta, perchè le conclusioni che l'affaticata ragione le getta in pascolo, per saziarne le bramose canne, non la soddisfanò — che dopo il pasto ha più fame che pria.

---

(1) Troiano — Ricerche sistematiche per una filosofia del costume. Vol. I. 1900.

(2) Morselli — Manuale di Semiotica delle malattie mentali, pag. 805.

.:

Ad attestare l'origine affettiva dei delirii paranoici è sembrato ottimo mezzo la dimostrazione della presenza precoce e larga di disordini cenestesici nei relativi infermi.

Ed io non posso astenermi dall'approvare quest'indirizzo, dopo quanto ho detto nelle pagine precedenti, consacrate a mettere in risalto il valore delle vicende della vita intima dell'organismo sulle correnti affettive.

É avvalorato quest'indirizzo ancora dal fatto che le maggiori fatiche dei psicologi si esauriscono nel ricercare l'elemento rappresentativo nella cenestesi e v'è chi non sa vedervi altro che un'approssimazione a *stati puramente affettivi*.

« Non è che raramente e d'una maniera imperfetta che noi siamo capaci di localizzare le eccitazioni che producono questo sentimento. Esse non si presentano separate, nè con qualità così caratteristiche come le eccitazioni ricevute coi sensi esterni. Le differenze di grado stesso non si percepiscono con la nettezza dei sensi particolari.

Il sentimento vitale consta di una *tonalità* sorda, la cui origine non è, in ogni caso, subito conosciuta dalla coscienza » (Höffding [1]).

---

(1) Höffding — loco cit., pag. 124.

In quella somma, in quel caos inestricato di sensazioni che costituisce la cenestesi, secondo la definizione di Henle, l'elemento rappresentativo, la qualità, è inafferrabile e invece si riscontra un tono, cioè un sentimento, che è diverso secondo che le funzioni vitali si svolgono senza scosse e senza ostacoli o siano accelerate o depresse.

Non è possibile, nei casi più frequenti, considerare separati la sensazione e il sentimento corporeo, cioè percepire il proprio corpo, astraendo da un modo d'esserne interessato o dall'avvertimento d'un qualunque stato affettivo.

Anzi questo è primo e presente sempre alla coscienza e manifesta nella maniera più intima il legame indissolubile della vita psichica e della vita fisiologica (Beaunis [1]).

La cenestesi è forse per tutta l'animalità e per l'uomo stesso in un periodo della vita puro sentimento. Ed è puro sentimento nella coscienza adulta, quando, per condizioni speciali, la percezione degli elementi qualitativi del sentimento corporeo è oscura, debole o mancante, come in certi stati di profonda tristezza di anime sensibili.

Ma, per quanto ciò sia vero, parmi pure che il rapporto tra cenestesi e sentimento non debba prendersi in un senso così largo da includervi tutta la vita affettiva, ovvero da ingenerare il sospetto che si voglia

(1) Beaunis — Les sensations internes, pag. 153.

stabilire la seguente equazione: alterazione della cenestesi = alterazione della vita affettiva.

Tanto più l' un termine non si può prendere come affatto equivalente all'altro in patologia mentale, in quanto si sa che i disordini cenestesici degli alienati si rivestono spesso di così spiccati segni locali e ben determinate rappresentazioni che il fatto conoscitivo sale in prima linea e i fenomeni emotivi che lo coronano sarebbero meglio considerati d'origine secondaria.

L'alterazione affettiva del paranoico riguarda, inoltre, emozioni specializzate più elevate nella scala timologica, le cui modificazioni fisiologiche (cenestesiche) — almeno le essenziali (1) — non sono separabili dal fenomeno affettivo, essendo avvertite dalla coscienza, come sentimento, nient' altro che come sentimento.

È mestieri riflettere inoltre alle seguenti considerazioni:

1.° — Non è ammesso da tutti che i sentimenti siano la conseguenza di modificazioni fisiologiche.

2.° — Quelli che ciò sostengono non sono d' accordo sui limiti, specie e numero delle modificazioni concorrenti alla produzione di stati affettivi.

3.° — Resta ancora a dimostrare l' insufficienza dell' ipotesi che la varietà degli stati emotivi dipenda non

---

(1) Gli elementi fisiologici che entrano nella composizione dei sentimenti sono di due specie: alcuni essenziali, necessarii, e non potrebbero sopprimersi, senza sopprimere il sentimento stesso, (p. es. modificazioni nutritive dei centri); altri sono secondarii, accessorii, non indispensabili, e l'esistenza del sentimento non è compromessa dalla loro mancanza (per es: lagrime nel dolore, paralisi motrice nella paura ecc.), anzi talora ne sembra accresciuta.

dalla varietà specifica degli elementi fisiologici, ma da quella degli elementi rappresentativi che entrano come componenti non solo, ma come fattori primi e necessari di un numero ristretto di modificazioni fisiologiche.

Finchè, quindi, tutti questi dubbi non saranno eliminati, non si può appellarsi esclusivamente alla cenestesi, per provare l'origine affettiva dei delirii paranoici — se si vuol raggiungere l'intento di convincere tutti — e credo non trascurabili, nè meno importanti della ricerca delle modificazioni cenestesiche la ricerca e lo studio del sentimento nella sua figura psicologica, frugando coll'indagine storica nel passato e raccogliendo, fedelmente, gli elementi empirici che ne possano far fede.

Certo l'espressione del maggior numero di sentimenti, e della quale la natura ha abbondantemente provvisto l'uomo fin dai primi momenti della vita (1), è così caratteristica che non è possibile errore o confusione; certo nessuno si sbaglierà se si tratta di distinguere la paura e la timidità dal coraggio e la sicurezza di sè, l'odio e la collera dalla benevolenza e la calma, il piacere e la gioia dal dolore e la tristezza.

Questo indirizzo è tanto più raccomandabile in quanto i paranoici, nei primi periodi della malattia, sfuggono all'osservazione di medici competenti e l'attenzione di quelli che più li hanno sott'occhio e più spesso li avvicinano non può cadere che sui loro atti e sui più manifesti dati espressivi.

(1) Sully — Ètude sur l'enfance — pag. 261.

In altri termini, se è vero, come ritengo, che l'intime modificazioni organiche, la depressione delle funzioni vitali, la turbata cenestesi costituiscono il fondo, l'antecedente necessario, il sostrato indispensabile dell'inferma emotività del paranoico, è certo pure che l'esplorazione di quelle è meno facile e sicura che la ricognizione delle manifestazioni espressive spontanee e provocate dalla vita affettiva, e in ogni caso queste dovrebbero servire come punto di ritrovo meno vacillante e fallace e, dove le prime non sono manifeste, come segni di quelle.

Ed è per queste considerazioni e con questi criterii che io mi accingo all'esame di alcuni casi clinici nelle pagine successive.

(continua)

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. **Domenico Ventra**

LA NEUROFAGIA

Ricerche istologiche

PEL

DOTT. G. ESPOSITO

I

La distruzione di cellule nervose alterate per parte di elementi accumulantisi attorno ad esse fu constatata primamente nei reperti istologici di individui morti per rabbia.

Così, Polaillon e Nepveu (1), sin dal 1872, segnalarono, appunto in un caso di morte per rabbia, un notevole accumulo, attorno alle cellule gangliari, di cellule rotonde od ovali, cui ritennero, per la maggior parte, come leucociti.

Parimenti, Kolesnikow (2) pubblicò il reperto, nella rabbia, di elementi rotondi non differenziati nello spazio pericellulare delle cellule nervose. Egli credette che tali elementi penetrassero nel corpo delle cellule alterate, e segnalò che in alcuni punti, al posto della

(1) *Polaillon et Nepveu* — Un cas de rage (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1872, pag. 132).

(2) *Kolesnikow* — Pathologische Veränderungen bei der Wuthkrankheit (Centralb. f. die med. Wiss. 1876 pag. 625).

cellula nervosa scomparsa, si trovava un piccolo nodulo embrionale.

Eguali constatazioni fecero Coats (1) e Weller (2), che credettero pure alla natura leucocitaria degli elementi.

Babes (3) anzi elevò questo reperto istopatologico al significato di particolare carattere della idrofobia. E dopo aver descritto tali lesioni, consistenti nell'accumulo di cellule embrionali in vicinanza del canale centrale, e specialmente attorno alle grandi cellule modificate dei centri motori del bulbo e del midollo, in un lavoro ulteriore (4), si diffonde ancor più su tali alterazioni. Spesso, egli nota, degli elementi rotondi mononucleari, raramente polinucleari, di natura linfatica, invadono il protoplasma stesso della cellula e riempiscono gli spazi linfatici pericellulari dilatati, formando piccoli nuclei.

Questi fatti, non meno che la loro interpetrazione, ricevettero pure conferma dalle osservazioni di Germano e Capobianco (5). Per essi la emigrazione leucocitaria è uno dei fatti più frequenti e più precoci. I leucociti si diffondono dappertutto, negli spazi perivasali, nell'avventizia dei vasi, attorno alle cellule nervose. Riguardo a queste ultime, si limitano a volte a penetrare negli spazi pericellulari; altre volte entrano nel protopla-

---

(1) *Coats* — Three cases of hydrophobia (The Lancet, 1877, February).

(2) *Weller* — Ueber die Veränderungen des Gehirns und Rückenmarkes bei Lyssa (Arch. f. Psych. 1878, Bd. IX).

(3) *Babes* — Studien über die Wuthkrankheit (Virchow's Archiv, 1888).

(4) *Babes* — Sur certains caractères des lesions histologiques de la rage (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1892, pag. 214.).

(5) *Germano e Capobianco* — Contribution à l'histologie pathologique de la rage (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1895, p. 693).

sma cellulare, contribuendo notevolmente alla sua distruzione.

Così pure, Tuke e Woodhead (1) descrivono dei corpuscoli, che ritengono leucociti, i quali attaccano le cellule piramidali.

Fino a questo punto troviamo gli autori concordi nell' ascrivere ai leucociti l'azione distruttiva dell' elemento nervoso alterato, facendo rientrare il fenomeno nell' orbita delle proprietà fagocitiche dei corpuscoli bianchi, classicamente illustrate dal Metchnikoff.

Ma intanto, Krauss (2) per il primo, richiama l'attenzione sull' azione esercitata dalla nevroglia nella distruzione della cellula nervosa. Egli descrive infatti esattamente la grande proliferazione nevroglica, che stringe e soffoca e distrugge la cellula nervosa.

Ma chi più saldamente ha sostenuto l'azione fagocitaria della nevroglia è stato Marinesco (3), in una serie di magistrali articoli, e che ha battezzato anche questa proprietà speciale col nome di *neuronofagia*. « Una lesione cui attribuisco molta importanza, e che s' incontra spessissimo nelle alterazioni primitive dei centri nervosi, è la proliferazione attiva, abbondante delle cellule nevrogliche, in relazione diretta coll' alterazione della sostanza acromatica. Si può anche dire che sempre quando esiste un' alterazione profonda della sostanza

(1) *Tuke and Woodhead* — Art. Pathology, in Dict. Psych. Med. p. 904.

(2) *Krauss* — The nerve elements in health and disease (Journal of nerv. and ment. disease, 1896 January)

(3) *Marinesco* — Pathologie générale de la cellule nerveuse; lésions secondaires et primitives (Presse méd. 1897, nr. 8).

id. — Mécanisme de la sénilité et de la mort des cellules nerveuses (Acad. des Sciences, 23 Avril 1900).

id. — Évolution de la névroglie à l'état normale et pathologique (Compt. rend. de la Soc. de Biol, 7. Juillet 1900).

id. — Du rôle de la névroglie dans l'évolution des inflammations et des tumeurs (Revue neurol. 1900 Nr. 19).

acromatica, le cellule nevrogliche che si trovano in vicinanza della cellula nervosa si iperplasizzano e fanno da neuronofaghe ».

Gittato adunque il pomo della discordia, i ricercatori si sono divisi in due campi opposti. Anglade, Rispal, Poux, e segnatamente Nissl, sostengono strenuamente la natura nevroglica dei neuronofagi: Valenza, Turner, Pugnat, Franca e Athias ne difendono l'origine leucocitaria.

In ripetute ricerche su cervelli di paralitici, di epilettici, di eclampsici, Anglade, e con lui Rispal e Poux (1), hanno trovato intensa proliferazione di cellule rotonde, ritenute, conformemente alle vedute di Weigert e Ramon y Cajal, derivanti da proliferazione nevroglica; cellule nervose alterate, invase da corpuscoli apparentemente nevroglici, i quali si sviluppano a spese di quelle, specie di fagocitosi d'origine nevroglica; o piccole cellule rotonde, fortemente colorate, in numero anormale, e poi cellule rotonde od ovali più voluminose e meno colorate, a parete propria, con contenuto granuloso, che circondano le cellule piramidali, le penetrano evidentemente, e sembra si sostituiscano a quelle distrutte; e finalmente in modo più sicuro, in preparati col nuovo metodo Anglade di colorazione della nevroglia, è notata una evidente proliferazione

(1) *Anglade* — Sur les lésions spinales de la paralisie générale (Arch. de Neurol. 1898 Nr. 32)

— *Rispal et Anglade* — État des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de mal (Congrès des méd. aliéo. et neurol. Augers 1898.

— *Anglade et Poux* — Les cellules de l'écorce grise dans l'éclampsie (Congrès des aliéo. et neurol. Marseille 1899.

Anglade — La névroglie dans la paralisie générale (Soc. de Neurol. Séance du 4 juillet 1901.

gliale farsi dalla periferia al centro e rompere i neuroni (rompant les neurones ?)

Più deciso è N i s s l. Nel suo importante lavoro (1), dopo lo studio del vario genere di morte delle cellule nervose, tra cui è data come frequente la corrosione per parte degli elementi gliali, sta detto riguardo a questi: L'azione della nevroglia è considerevole; essa non deve essere ritenuta come semplice tessuto di sostegno; le sue cellule diventano più appariscenti nei processi patologici e assorbono i prodotti di disintegrazione. I corpi granulosi sono anch'essi cellule di nevroglia (opinione trovata anche troppo arrischiata da Marinesco), prive di prolungamenti; esse si caricano di granuli di grasso e persino di molte emazie (nelle emorragie), e possono anche prendere in sè dei batteri. Così pure le grandi cellule infiammatorie di F r i e d m a n n (Entzündungszellen) non sono che cellule di nevroglia. La sua proprietà di proliferare è indefinita, le cellule si dividono con o senza mitosi , formano delle cellule giganti. I leucociti non hanno quasi nessuna azione nella corteccia , e solo di raro e in vicinanza di ascessi si riscontrano nelle cellule necrobiotiche ; l'azione fagocitaria è devoluta, nella corteccia, alle cellule nevrogliche. Esse sono capaci di incorporarsi i prodotti di disgregamento delle cellule nervose. Quando queste ammalano, il corpo delle cellule gliali, normalmente appena visibile, si ingrandisce, e in esso appaiono spesso dei granuli colorati; nel nucleo si forma un nucleolo, normalmente mancante, e spesso più di uno.

---

(1) *Nissl* — Ueber einige Beziehungen zwischen Nervenzellenerkrankungen und Gliösen Erscheinungen bei verschiedenen Psychosen (Archiv f. Psych. Bd. XXXII 1899).

D' altra parte, già Valenza (1), irritando il lobo elettrico della torpedine, vide i leucociti penetrare nel protoplasma delle cellule nervose, scavarsi dei vacuoli, e cosi partecipare alla loro distruzione. E in un ulteriore lavoro (2). esaminando i rapporti reciproci tra gli elementi nervosi e nevroglici, constata, è vero, di aver osservato, ma in preparati provenienti da cervelli sani (di vari animali e di uomo), dei corpuscoli specialmente alla base delle cellule piramidali in numero di tre, quattro, che spesso si spingono nell' interno del corpo della cellula nervosa, determinando una escavazione, fino a mettersi quasi in contatto col nucleo della cellula. Si meraviglia che gli autori che osservarono tale disposizione in malattie mentali o in seguito a ricerche sperimentali, la interpretarono come un fenomeno di fagocitosi, mentre non si saprebbe spiegare tale reperto in cervelli sani. Egli perciò ritiene che tali corpuscoli non siano leucociti, ma solo nuclei di nevroglia, che, in condizioni normali, si trovano in intimo rapporto colla cellula nervosa. La neuronofagia è altra cosa, e secondo le vedute esposte nel primo lavoro, è devoluta ai leucociti.

Turner (3) descrive, in cervelli di pazzi (melancolia, mania, paralisi progressiva, psicosi alcooliche), dei corpuscoli che invadono le cellule piramidali, e che sono dei leucociti.

Pugnat (4) conferma queste idee, basandosi sulla

---

(1) *Valenza* — Atti della R. Accad. delle scienze fisiche e mat. di Napoli, vol. VIII serie 2. N. 3.

(2) *Valenza* — Ricerche sulla genesi degli elementi nervosi e nevroglici ecc. (Giorn. dell'Ass. nap. di medici e natur. 1899).

(3) *Turner* — Some Apparences indicating Phagocytosis observed in the Brains of the Insane (The Journal of Mental Science, 1896).

(4) *Pugnat* — De la destruction des cellules nerveuses par les leucocytes chez les animaux agés (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1898, n. 8)

neuronofagia da lui osservata sulle cellule dei gangli spinali di animali vecchi, le cui cellule nervose si logorano a poco a poco e muoiono (Hodge). Quando appunto l'elemento nervoso ha perduto in resistenza, i leucociti lo invadono e lo distruggono completamente.

Franca e Athias (1) hanno potuto anche constatare, nella corteccia cerebrale di paralitici e di epilettici, la presenza di leucociti fuorusciti dai vasi e in atto di fare breccia nelle cellule nervose. Secondo questi autori, pei caratteri del nucleo e per la loro posizione questi leucociti si distinguerebbero bene dalle pleiadi di cellule nevrogliche, le quali d'ordinario si addossano alle cellule nervose. Il nucleo degli elementi della glia sarebbe voluminoso, chiaro, al centro, con una striscia di cromatina periferica, mentre quello dei leucociti sarebbe invece più piccolo e sopratutto fortemente ed uniformemente colorato.

È impossibile invece decidere se la distruzione degli elementi nervosi avviene prima o dopo la morte delle cellule e dell'individuo.

Nella ripresa che Marinesco (2) fa della questione, difendendo le sue idee, non riconosce che una parte minima ai leucociti nella funzione importante di neuronofagi.

Egli non ammette, come questione di biologia generale, le idee di Metchnikoff, il quale crede all'azione preponderante esercitata dai macrofagi leucocitari nel meccanismo della senescenza del sistema nervoso. Mai ha

(1) *Franca* et *Athias* — Sur le rôle joué par les leucocytes dans la destruction de la cellule nerveuse (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1899, avril.)

(2) *Marinesco* — Mécanisme de la senilité et de la mort des cellules nerveuses l c.

trovato macrofagi distruggenti l'elemento nervoso; la senescenza nervosa non è dunque il risultato dell'invasione delle cellule da parte dei fagociti. Al contrario, in certi stati patologici, si vedono le cellule nevrogliche divorare le cellule nervose. Ed emette in proposito la seguente ipotesi. Si direbbe che il chimismo della cellula nervosa faccia equilibrio a quello della cellula nevroglica; nell'embrione le cellule nervose e nevrogliche aumentano parallelamente; ma a misura che la cellula nervosa differenzia la sua funzione, essa esercita quasi un'azione di arresto sulla cellula nevroglica. Tale antagonismo potrebbe essere dovuto ad una sostanza elaborata dal neurone, la quale impedirebbe lo sviluppo eccessivo delle cellule della glia, conservando l'equilibrio nutritivo nel sistema nervoso centrale. Colpito nella sua vitalità l'elemento nervoso, le cellule nevrogliche vicine escono dal loro sonno, si moltiplicano e attaccano la cellula nervosa.

In uno studio sulle cellule dei gangli sensitivi, Lugaro (1) ha notato una probabile proliferazione dei nuclei della capsula, con lo scomparire delle cellule; ma ritiene che tale proliferazione sia assai scarsa, l'apparente addensamento dei nuclei dipendendo sopratutto dal loro riunirsi in uno stretto spazio. Attribuisce piuttosto la disgregazione cellulare ad una attiva proprietà della linfa circolante. Figura pure un reperto raro di cellula nervosa, alterata in una parte, nella quale stanno immersi dei nuclei grandi all'incirca quanto quelli della capsula, assai ricchi di cromatina e talora con nucleolo più o meno evidente. Tra la massa così alte-

(1) *Lugaro* — Sulla patologia delle cellule dei gangli sensitivi (Riv. di pat. nerv. e ment. 1900-1901).

rata e il restante citoplasma vi è una ben netta delimitazione, e del resto la cellula non mostra altro risentimento.

Questo reperto dimostrerebbe che l' elemento nervoso resiste alla invasione (non è quindi già cadavere) dei nuclei estranei.

Sulla loro natura, Lugaro non sa pronunziarsi con sicurezza, gli sembra più probabile che appartengano a nuclei della capsula modificati.

Debuk e de Moor (1) hanno studiato la neuronofagia nell' anemia acuta del midollo, variando opportunamente l' esperienza di Stenson. Concludono che la presenza dei leucociti si riferisce alla stasi, alla infiammazione, più che alla neuronofagia propriamente detta, che la nevroglia può fino ad un certo punto essere neuronofaga, ma ciò appartiene piuttosto al processo di riparazione della sostanza nervosa distrutta.

Crocq (2) ammette che tanto la nevroglia quanto i leucociti possono esercitare l' azione neuronofaga, rigettando l' ipotesi che le cellule nervose normali possano in tal modo essere attaccate e distrutte. Considera la neuronofagia come una manifestazione della fagocitosi in generale, e crede quindi che essa non costituisce se non una reazione di difesa dell' organismo di fronte alle cause nocive.

A questa opinione eclettica porterebbero anche le ricerche sperimentali di Hoche (3), per il quale le cellule granulose affluenti nel midollo, in seguito a produ-

(1) *Debuk et de Moor* | La neuronophagie (Journal de Neurol. 1900 pag. 269)

(2) *Crocq* -- Neuronophagie et fagocytose. (Journ. de Neurol., 1900, p. 274).

(3) *A. Hoche* — Experimentelle Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes (Arch. f. Psych. Bd. XXXII, 1899, Hf. 1 — 3).

zione di emboli asettici avrebbero triplice origine: dai leucociti, da cellule connettivali, da cellule di nevroglia. Le grandi cellule granulose sarebbero sempre di provenienza connettivale. È notata la torpidità della glia nella produzione del tessuto di neoformazione, costituito in gran parte dalle grandi cellule connettivali. I piccoli vasi mostrano inspessimento e infiltramento parvicellulare, talora esteso al tessuto perivasale. Con emboli settici l'infiltrazione parvicellulare è più intensa e più diffusa, e si notano numerosi focolai di cellule rotonde, specialmente attorno ai vasi infiltrati.

Variabilmente concorrono i leucociti e la nevroglia nella produzione del fenomeno, secondo Guizzetti (1). Nel suo caso (rammollimento ischemico del midollo). l'A. ritiene che i neuronofagi siano dei leucociti mononucleati, che distruggono delle cellule morte in antecedenza. La natura leucocitaria di tali elementi all'inizio della distruzione si poteva dire certa; a processo avanzato i nuclei allungati ricordavano quelli del connettivo, ma dai nuclei dei leucociti ad essi si vedevano gli stati di passaggio, e ciò faceva credere che derivassero da leucociti. La nevroglia non mostrava segno di proliferazione, e se le cellule neuronofaghe fossero provenute da essa avrebbero dovuto avere il nucleo più grosso e più chiaro, il corpo cellulare più voluminoso. Ma nei processi infiammatori Guizzetti crede che la nevroglia, proliferando, possa pigliare parte attiva nella distruzione degli elementi nervosi.

Una prova sperimentale diretta è stata recentemente

---

(1) *Guizzetti* — Rammollimento ischemico del midollo (Riv. sperim. di Freniatria 1902 fas. 2 e 3)

tentata da Cerletti (1). Egli allo scopo di assodare, nella corteccia cerebrale, in seguito a determinati processi morbosi, quali cellule assumano le funzioni fagocitarie, iniettò dell' inchiostro di china nella corteccia di conigli. All' esame microscopico potè constatare la presenza di granuli d' inchiostro nel protoplasma delle cellule nervose e di nevroglia. Crede tuttavia che tale fenomeno, pur essendo in istretta relazione con l' attività vitale di questi elementi, non può essere ritenuto come l' effetto di una vera e propria azione fagocitaria. Le cellule nervose e nevrogliche non assumono mai, nei preparati microscopici, quelle forme caratteristiche che sono la espressione di movimenti amiboidi nel citoplasma. Solo nelle cellule migranti del connettivo, specie nelle cellule granulo-adipose, riscontrò, molto chiaramente, dette forme, e ad esse sole attribuisce la funzione fagocitaria.

In conclusione: esclusivismo e intransigenza da una parte, eclettismo da un' altra; prudente riserbo da qualcuno, maggiore avventatezza di giudizio da qualche altro.

Il nucleo della questione consiste nel giudicare e definire l' origine dei neuronofagi, se leucocitaria o nevroglica. Meno importante parmi, come appresso dirò, l' altro quesito relativo agli elementi nervosi sani, se possono essere anch' essi attaccati dai neuronofagi.

Certo finchè ci manchi una reazione istochimica precisa che faccia sicuramente discernere le cellule nevrogliche dalle migratrici, la questione non potrà esser trattata che con criteri di probabilità. Ed è curioso osservare, nella storia che ho tracciato di questo processo,

(1) *Cerletti* – Contributo sperimentale alla conoscenza dei processi di fagocitosi nella sostanza cerebrale (Ann. dell' ist. psich. di Roma, Vol. I. 1901 — 902).

con quanta sufficienza degli istologi, del resto competentissimi e di grande autorità, si siano indotti a pronunziarsi per l'una o per l'altra delle due opinioni, senza chiarire sufficientemente le ragioni e più i fatti su cui si sarebbero fondati per fare tale distinzione. La quale, per la molteplicità di forma degli elementi nevroglici, da una parte; per la molteplicità di forme delle cellule bianche del sangue dall'altra; per la somiglianza che alcune forme di queste hanno con alcune forme di quelli, è in verità tutt'altro che facile.

Duprè e Devaux (1) hanno messo in evidenza il fatto che segnatamente le piccole cellule a nucleo intensamente colorato sono quelle che mostrano pigliare maggior parte alla distruzione del neurone, intaccandone i margini e affondandosi fino al nucleo; mentre la più parte delle cellule a nucleo chiaro restano a una certa distanza dall'elemento nervoso.

Ma la natura appunto di tali piccole cellule è molto discussa e discutibile.

Effettivamente, una varietà dei piccoli elementi nevroglici è appunto rappresentata da cellule minuscole, con protoplasma appena visibile, con nucleo piccolo, tondeggiante, che assume intensamente i coloranti nucleari, cellule che raramente si trovano in connessione intima con le fibrille. Questa varietà di elementi nevroglici si confonde, per le sue apparenze, coi linfociti, cellule pure piccole, con scarsissimo protoplasma, nucleo arrotondato e ricco in cromatina, intensamente colorantesi. Non meno difficile è la distinzione pei macrofagi, avendo i leucociti detti grandi mononucleari molta somiglianza di struttura con le cellule epitelioidi o

(1) Citati da Gombault e Philippe nel trattato di istologia patol. di Cornil e Ranvier.

infiammatorie. Il tentativo di differenziamento basato sulla ricerca delle forme intermedie possibili a trovarsi, sembrami tutt'altro che sicuro criterio, non scevro da illusioni e da preconcetti.

Se si dovesse ragionare per analogia, si potrebbe ammettere — almeno nei processi infiammatori — pel tessuto nervoso lo stesso comportamento che si osserva negli altri tessuti: che tra i neuronofagi ci siano dei leucociti, e che le cellule nevrogliche mobilizzate possano anche fare da macrofagi. Ma il ragionamento per analogia non basta, e più quando opinioni tanto disparate si contendono il campo. Si sente il bisogno di una dimostrazione inconfutabile. Si dovrebbe cercare di ben indagare, anzitutto (escludendo qui i processi infiammatori sia acuti che cronici), le cause che spingono i leucociti alla migrazione e li attraggono al corpo cellulare ammalato, o che determinano la mobilizzazione delle cellule nevrogliche, e le spingono ad attaccare l'elemento nervoso. L'ipotesi avanti esposta, di Marinesco, mi pare in verità molto discutibile, e credo che la spiegazione possa essere data in modo più semplice, senza ricorrere all'antagonismo tra cellule nervose e nevroglia.

A parte ciò, ed ammettendo, pel momento, come più vera l'opinione prevalente, che pur non negando alla nevroglia il potere fagocitico, dà ai leucociti la parte principale, mi par lecito dimandarsi come mai la distruzione delle cellule debba essere principalmente devoluta ai piccoli linfociti, anche in processi infettivo-tossici, ove la leucocitosi — in termine generale — è di regola, e in alcuni segnatamente, in cui è assodato (come nella rabbia) che la formola emoleucocitaria è rappresentata dalla polinucleosi. Infatti, noi abbiamo sicure conoscenze sulla diversa e molteplice azione delle cellule bianche nelle infiammazioni e riguardo al loro

potere fagocitario. Ora questo, si sa, è nullo nei piccoli linfociti, mentre è massimo nei grandi e medi mononucleati, e più nei polinucleati. E difatti la struttura di quelli mal si presterebbe a tale ufficio. Con scarsissimo protoplasma, punto o poco mobili, meno irritabili e contrattili, meno forniti di sensibilità chimiotattica e di proprietà digestive, essi sono veramente dei cattivi distruttori. E se anche la loro natura fosse nevroglica, una parte delle ragioni addotte militerebbe sempre sfavorevolmente alla interpetrazione cui la loro presenza attorno o nella cellula nervosa ha dato luogo. Il problema adunque non è poco complicato, e merita di essere ripigliato e discusso.

L'occasione avuta recentemente di esaminare numerosi preparati istologici, allestiti con vari metodi, dei centri nervosi di un bambino morto per rabbia e di animali inoculati col virus rabico ricavato (argomento di una perizia medico-legale da me fatta, in collaborazione col collega D.r Tomasini), mi ha attratto al presente studio sulla neuronofagia (1). Confronterò tali reperti istologici con altri provenienti da preparati di sistema nervoso d'uomo e di animali in cui la neuronofagia si osserva sia in seguito a lesioni infiammatorie croniche, come a lesioni non infiammatorie, utilizzando, per queste ultime, una notevole quantità di preparazioni da me eseguite per ricerche in corso sulle localizzazioni motrici spinali. Cercherò di portare così il mio tenue contributo ad un argomento che non è certamente privo di importanza per la istologia patologica del sistema nervoso, e sul quale tanto disparate sono le opinioni.

(continua)

(1) Le alterazioni relative alla diagnosi istologica della rabbia sono state, sullo stesso materiale, con la competenza che è nota, trattate dal collega Prof. Angiolella (vedi questo stesso numero), e di queste io non dovrò qui occuparmi.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal **Prof. Domenico Ventra**

INVENZIONE E PERSONALITÀ

(Contributo alla psicologia dell' uomo di genio)

SAGGIO

DEL

DOTT. PROF. F. DEL GRECO

SOMMARIO — 1. Psicologia della invenzione e questione del genio — 2. Riassunto di gran parte di un precedente articolo — 3. Gli studii del Paulhan sulla invenzione — 4. Gli studii del Ribot — 5. La differenza del Ribot fra imaginazione creatrice intuitiva e discorsiva, esigenze del lavoro inventivo nell'artista e nello scienziato — 6. Continua l'argomento — 7. Imaginazione e ragione, talento critico ed inventivo — 8. Il pensiero inventivo, riassunto di altro precedente articolo — 9. Continua l'argomento, Bistolfi e Palizzi, una duplice interpretazione — 10. Modificazione dello schema precedente del processo inventivo, intorno alla distinzione del Ribot, l'incosciente e la linea fondamentale della idea geniale — 11. Il particolare ed il generale, la conoscenza nell'uomo primitivo — 12. La conoscenza nel bambino, la linea generica ed il pensiero intuitivo dell'inventore — 13. La conoscenza antropomorfica di alcuni stati interni nel primitivo e nell'uomo incolto, punti di similarità e di differenza con la ideazione geniale — 14. Critica della opinione che assimila la idea geniale alla idea fissa, ambedue direzioni opposte dell'attività psicologica, il subiettivismo e la impulsività della idea geniale — 15. Alcune forme di genialità in cui dominano questi due ultimi caratteri: i genî mistici, i parziali genii d'azione, i genii pionieri — 16. Epilogo: l'inconscio, invenzione e personalità, la questione del genio, la psicologia volontaristica.

1 — Uno dei capitoli di psicologia, che in questi ultimi tempi ha con maggior desiderio attirato l'animo dei ricercatori, è senza dubbio quello della Invenzione. Lo studio esterno, da alcuni detto sperimentale, degl'individui umani nel romanzo, nel dramma, le note autobiografiche, le interviste con uomini eminenti e più in voga, hanno pôrta occasione e materia a quest'ordine di ricerche, cui diedero impulso, in sugl'inizii, ancora i ravvicinamenti tra pazzia e genio, adombrati da insigni alienisti francesi, e poscia dal Lombroso sottoposti a metodica disamina.

Infatti nel nostro paese dobbiamo i primi accenni sulla psicologia della invenzione al Lombroso istesso ed ai suoi discepoli (Patrizi, Renda, Roncoroni, ecc.) — Vero è, che dimostrasi cosa difficile il trovare filosofo al mondo, il quale non siasi intrattenuto sui fenomeni d'invenzione nello esplicare le sue idee intorno alla ragione ed allo spirito umano. Valgano, limitandosi ai viventi, i nomi dell'Hartmann, dell'Ardigò, Wundt, James, Höffding, ecc. — Ma i filosofi si sono limitati allo studio del procedimento inventivo nella sua espressione più generale ed astratta; il Lombroso ed i suoi hanno avuto il merito di ricercarlo nei singoli individui, quantunque (per necessità inerenti allo scopo che avevano in mira) perduto troppo negli aspetti antropologici e psichiatrici — Gli psicologi contemporanei, in gran parte stranieri, hanno per verità dato a quest'ordine di studî uno sviluppo notevolissimo, isolando la psicologia dell'invenzione dalle indagini sulla natura del genio: questioni in certo modo divise e che non debbono andare confuse — Senza punto disconoscere il merito dei ricercatori americani, inglesi, tedeschi e nostri, intesi a lumeggiare in special modo i diversi talenti ed attitudini individuali; a me sembra

che quelli di Francia abbiano il primato, per bontà di metodo ed estensione di risultati. Valgano in proposito le indagini recenti del Toulouse, del Binet, del Paulhan, del Ribot.

Appunto voglio richiamare l'attenzione del lettore su questi due ultimi scrittori, i quali, non è molto, hanno presentato studî abbastanza sviluppati della questione.

Anche il nostro Colozza ha scritto un bel libro sulla "Imaginazione nella Scienza „, coordinandovi le più recenti acquisizioni, insistendo in special modo sulla differenza che notasi fra ragione, intesa quale procedimento riflesso, verificatore della conoscenza, ed imaginazione. Infine egli esplicò, nella seconda parte dell'opera, un complesso di norme pedagogiche sul modo di educare la imaginazione: norme dettate con grande abilità e chiarezza [1].

2 — Per mia parte, seguendo l'impulso della scuola lombrosiana, in un primo saggio (2) mi posi ad indagare i rapporti che insistono tra genio e follia: e subito mi accorsi [siccome poscia meglio dissi in apposito studio (3)] dovere la ricerca intorno alla natura del genio essere preceduta da svariate altre collaterali e specialmente da un'adeguata conoscenza dei fenomeni d'Invenzione. Ciononostante non perdetti di vista i massimi punti del problema, menandoli innanzi come meglio potevo — Diressi la mia indagine in special modo sopra un grande artista contemporaneo, e poscia sul sommo

(1) *G. A. Colozza* — L'Imaginazione nella Scienza. Paravia ed. 1899.

(2) *Fr. Del Greco* — Dei rapporti tra Genio e Follia — dal « Man. mod. » 1896.

(3) *La questione del Genio* — Studio critico — dal Man. mod. 1900.

D a r w i n (1). Fin dal primo scritto tentai di adombrare le linee generali del processo inventivo, meglio precisandole in seguito.

Veggo con piacere, che gl'importanti libri del P a u l h a n e del R i b o t, venuti alla luce qualche anno dopo quel mio primo e modesto saggio [quindi meditati intorno all'epoca istessa], esprimono idee non molto diverse dalle mie.

Infatti io diceva in esso, che quando si studia l'uomo di genio, bisogna avere in mira, non soltanto il lato intellettuale, ma ancora quello sentimentale ed impulsivo; dicevo essere questi individui in preda ad una tendenza, ad una « cupa tendenza dominatrice, la quale s'illumina infine sulle cime più alte del pensiero, mutando profondamente la personalità del soggetto » : a tal uopo esser necessario un *certo disgregamento mentale*. Soggiungevo andar distinto nella invenzione il lavorìo costruttivo, di formazione, da quello critico, di verificazione, il quale ha compiuto sviluppo, quando la idea raggiunge la luce della coscienza. Caratteristica della idea geniale è il non poter essere dimostrata nel momento in cui appare, pure rivelandosi altamente feconda. La idea come si esplica, *si dimostra man mano*, dà moto a tutto un complesso di studî, i quali ne sono in certo modo la prova e ne modificano non di rado le prime originarie linee — Aggiungevo precedere l'apparizione della idea geniale un periodo di *mutata tonalità psichica*, in cui la mente poco o nulla distingue, ma sentesi affaticata nell' intimità sua profonda: e tale stadio

(1) *La psicologia del genio in Carlo Darwin* — Atti della Soc. Rom. di Antropologia, 1900.
e *La Famiglia Palizzi ed il Genio* — dalla " Rivista moderna di Cultura „ , Firenze, 1900.

essere diverso a seconda dei diversi individui, dei caratteri e temperamenti, a seconda che trattasi d'opera di Arte o di Scienza o di Azione. Quantunque tutto risulti di un processo unitario, poichè anche i genî del sentimento e dell'azione si caratterizzano per la singolarità della idea, più o meno distinta dagli altri sviluppi individuali. Veduta quest'ultima, su cui tornai fuggevolmente a proposito d'altre ricerche, trovando nella novità dell'atto volontario l'analogo di quello inventivo (1).

In quel primo saggio dicevo esservi ingegni, che si arrestano sempre tra pensieri allo stato nascente, si arrestano all'inizio della idea, e non vanno più in là, cadendo talvolta nelle esagerazioni e nel paradosso; mentre altri riescono ad un lavoro continuato di *formazione e verificazione*, benchè sia cosa rarissima osservare in una istessa mente l'equilibrio fra queste due opposte vibrazioni, fra la invenzione e la critica— Da famigliari discorsi con Filippo Palizzi e da notizie, raccolte qua e là, tentai di ricostruire in quello scritto il processo geniale, od inventivo che dir si voglia, dividendolo in 5 stadî: — 1° fase di elaborazione subcosciente e di preparazione — 2° di aumentata tonalità psichica ed oscuramento mentale — 3° momento di esplosione della idea geniale — 4° decadimento di esso, stanchezza ed amnesia consecutive — 5° ripetizione periodica del 2° e 3° stadio e trasformazione di essi in una lunga fase di semispirazione.

Questi 5 stadii, che, più o meno sviluppati, possono trovarsi nel lavorìo di formazione di qualsiasi opera

(1) *Il fondamento biologico del Carattere nelle indagini psichiatriche* — dalla "Rivista di Scienze biologiche„ 1900.
e Genesi del Carattere e Psicopatie — dal "Man. mod. „ 1900.

geniale, si ripetono su più larga scala nel decorso di tutta la vita di ogni uomo di genio. Notasi il 1° stadio specialmente nella fanciullezza e nell'adolescenza, essendo gli uomini in parola precoci, assorti, dapprima fantasiosi. Il 2° ed il 3° sono caratteristici dell'adolescenza e più della giovinezza: nell'adolescenza [2° stadio] si hanno spesso disordini nervosi, crisi diverse, da cui gl'individui in parola si elevano forti e coscienti del loro destino: sentono un fato che li domina e li porta man mano, con gli anni, all'ebrezza della idea, lungamente cercata. L'ultima fase è caratteristica degli anni maturi e della vecchiezza: età della visione cosciente e compiuta, della faticosa e ritardante lima (1).

3. — Prima di esporre il contenuto dell'altro mio articolo (2), è bene confrontare queste sparse affermazioni con quelle espresse negli studi del Paulhan e del Ribot.

Anche il Paulhan (3) ripone l'inizio della invenzione in una tendenza, e dice essere necessario per il lavoro in questione un certo *libero gioco degli elementi psichici*. Egli avvicina i fenomeni d'invenzione a quelli di volontà; e distingue *l'insorgenza* della idea dallo *sviluppo* di essa, notando come alcuni individui si caratterizzino per l'una, altri per il secondo. Aggiunge, che lo sviluppo della idea risulta di tante piccole invenzioni, le quali, succedendosi, costituiscono man mano un tutto con la prima: in questa non sono inclusi gli sviluppi

---

(1) *Dei rapporti tra Genio e Follia, ecc.*

(2) *Sulla psicologia della Invenzione* — dalla "Rivista di Filosofia" 1900.

(3) *F. Paulhan* — Psychologie de l'Invention — Paris, Alcan éd. 1901.

ulteriori, che si determinano via via, e non di rado la modificano profondamente. Il nucleo iniziale della idea è come una linea direttrice più o meno determinata — In proposito il nostro A. descrive tre tipi di sviluppi della invenzione: *per evoluzione, per trasformazione, per deviazione.* Il primo tipo si ha, quando sviluppasi dalla idea germinale, apparsa nelle linee principali, tutto il complesso ulteriore direttamente e coerentemente, come per deduzione logica: il secondo, quando gruppi collaterali di elementi psichici mutano in maniera così profonda, rispetto al primo germe, la idea; da far sì, che il tutto pervenga a forme inaspettate. Quello per deviazione è uno sviluppo medio fra i due, ed è il caso più frequente: il germe ancora cresce per getti collaterali, si sviluppa con un procedere a tentoni, oscillante.

A proposito di quest' ultimo tipo d' invenzione ricordo avere adombrato qualche cosa di simile nel mio primo articolo, quando dissi, che gli uomini di genio, mossi da grande amore verso il soggetto dei loro studî, "di bagliore in bagliore, tra intricate vie ignote, in preda a speranze crepuscolari, han toccato finalmente la luce » (1).

Tralascio altri capitoli della importante opera di F. Paulhan, anche perchè si riferiscono in alcuni luoghi ad aspetti filosofici della quistione, e m' indugio su quei punti del libro del Ribot, che hanno attinenza con i miei precedenti studii.

4. — Il Ribot, non diversamente dal Paulhan, considera l' invenzione, o meglio la imaginazione costruttrice, in diretto legame con la *motilità,* con l' aspetto estrinsecativo dell' individuo umano [*tendenza* del

(1) Dei rapporti tra Genio e Follia.

Paulhan]. Egli insiste molto sul fattore emozionale della invenzione e sul fattore incosciente. Nota, come questi diversi fattori tendano all'unità, per cui sorge la nuova idea e si sviluppa. Descrive in belle pagine la storia di tale processo dagli animali al fanciullo, all' uomo primitivo, a quello maturo e civile — Allorchè parla delle forme superiori della imaginazione distingue due tipi d' individui, gli uni, che, da un periodo incosciente quasi del tutto, toccano pienamente la luce della idea; gli altri che raggiungono la idea attraverso uno stadio subcosciente di formazione. I primi eccellono nella *intuizione*, toccano presto la unità e da essa discendono agli aspetti particolari; i secondi si caratterizzano per la meditazione e lo *sviluppo:* dagli aspetti particolari (coordinantisi alla idea vagamente intravista) giungono infine alla visione totale. Queste due forme d' imaginazione creatrice, che possono dirsi *intuitiva* e *combinatrice*, discorsiva, indicano più che altro varietà, non assolutamente distinte, nè importano differenze in quanto a valore d' ingegno, trovandosi grandi nomi, sia nell' una, sia nell' altra categoria, ed essendovi moltissimi casi intermedî fra i due.

Nel capitolo, che segue, il Ribot traccia lo sviluppo della imaginazione, gagliarda dapprima e separata dalla riflessione, che si sviluppa lenta e più tardi. In un secondo periodo la imaginazione subisce una fase critica, e talvolta decade, altra volta s' intreccia e coordina con la ragione, assumendo una forma logica: in alcuni casi essa si trasforma per altre espressioni della stessa specie, o torna alle sue prime manifestazioni. Così parecchi insigni politici, uomini di scienza, meccanici, ecc., hanno incominciato con mediocri tentativi nel campo delle arti e delle lettere, e qualcuno vi ha poscia fatto ritorno alla fine. — Questi magrissimi accenni nulla

rendono della vasta tela, secondo cui è scritto il libro del Ribot, e non toccano la 2.ª parte, in cui con mano felicissima l'A. delinea i varii tipi d'imaginazione [plastica, diffluente, mistica, scientifica, ecc.], ricostruendo il tipo dell'*uomo imaginativo* (1).

5. Come vedesi, i risultati, a cui sono giunti gl'insigni psicologi di Francia, non contraddicono, e nelle linee fondamentali concordano con i miei. Il Ribot, delineando le fasi della imaginazione, dice qualche cosa di non profondamente diverso da ciò che io avevo asserito intorno agli sviluppi della invenzione nell'adolescenza, nella giovinezza e maturità degli uomini di genio.

Egli insiste (ho detto) su due tipi di imaginazione creatrice, *intuitiva* e *combinatrice*, (2) discorsiva.

Tale differenza si ritrova difatti nello studio di molti spiriti inventivi. Nel mio lavoro avevo accennato, in apparenza, a qualche cosa di simile, dicendo esservi alcuni ingegni, che vagano fra idee sempre allo stato nascente, o che non riescono a superare il 3.° stadio, mentre altri toccano pienamente la fase ultima della idea.

Senonchè il mio pensiero era in fondo assai diverso da quello del Ribot: per me l'ultima fase (5.° stadio) non era di costruzione, ma di specificazione dei particolari e di correzione. Io quindi, descrivendo il processo inventivo, avevo innanzi un tipo d'ingegno *intuitivo* dallo stadio di preparazione incosciente e subcosciente

(1) *Th. Ribot* — Essai sur l'imagination créatrice — Alcan éd. 1900.

(2) Queste due forme non sono da confondersi con le forme d'imaginazione, distinte dal Wundt, e che da quest'ultimo vengono designate con le istesse parole. Vedi, in proposito, l'altro mio scritto: *La psicologia del Genio in Carlo Darwin* — Atti della Soc. Rom. d'Antr. 1900.

un pò faticoso. E ciò s' intende di leggieri, quando si considera che avevo tratto il mio schema specialmente dallo studio di un artista; individuo, che si riferisce ad una classe d' ingegni, presso cui domina con maggior frequenza questa forma d' invenzione.

Ulteriormente cercai di studiare il processo inventivo in Carlo Darwin, ed allora mi si pararono innanzi differenze notevoli fra i due individui in esame. Trovai, che nel sommo naturalista l' invenzione procedeva meno distinta e marcata nei suoi stadii, il periodo di preparazione subcosciente era più che altro un periodo di faticosa apprensione di svariati ed incompleti aspetti della idea; la fase precorritrice dell' estro (2.° stadio) sembrava meno intensa ed emotiva, ed in generale tutto il processo svolgevasi in ambiente più consapevole, si caratterizzava più dall' ultima, che dalle prime fasi (1).

Così, studiando il Darwin, venni a descrivere una forma d' invenzione, cui si adatterebbe l' attributo di imaginazione « discorsiva ».

In questi due tipi trovai differenze riferibili al modo di lavorare di un artista e di uno scienziato: mentre il primo tratta, a prevalenza, imagini ed affetti, il secondo tratta fatti ed idee. Nel primo deve la invenzione svilupparsi rapida, o ad intervalli, affettiva, personale, nel secondo assai più riflessa, equanime, continuativa (2).

Ciò non ostante bisogna riconoscere, che i due modi d' inventare, esposti dal Ribot, non tengono alla specie del lavoro soltanto, poichè vi hanno artisti o poeti, in cui si ritrova il tipo della imaginazione combinatrice anziché quella intuitiva; pensatori, in cui il tipo d' i-

(1) La psicologia del genio in Carlo Darwin, ecc.
(2) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

maginazione intuitiva, la felicità e compiutezza d'apprensione della idea, non difetta. Ha ragione quindi il Ribot, se ripone la causa della differenza in altre condizioni, al di fuori delle esigenze del particolare lavoro.

Non deve negarsi però (ripeto), che le esigenze di un lavoro scientifico e riflesso, o di arte e poesia, richiedono una certa diversità di andamenti e sviluppi nel processo totale.

6. — Infatti nel lavoro scientifico è indispensabile [siccome accennai nel primo saggio e lungamente nel secondo (1)], che il *momento costruttivo* della invenzione sia nettamente costeggiato da un *altro critico*, di verificazione consapevole, e quindi che gran parte del lavoro si svolga nell'ambito cosciente, emerga in questo, vi sornuoti. Nell'ambito cosciente domina il lavorio critico, la visione esatta, precisa della idea rispetto alle altre tutte ed ai fatti, già stabiliti dalle indagini e conoscenze anteriori. Quell'espansione, quell'affermazione individuale, in cui consiste il momento culminante inventivo, è moderata nell'ambito cosciente; ambito, in cui si specchiano le difficoltà esterne ed azioni in contrario, inibenti la nostra.

L'artista eziandio verifica in certo modo il suo lavoro *con un senso d'intima concordanza* tra il fantasma e gli altri aspetti della sua affettività e del suo pensiero; cerca inoltre all'opera sua, fissatasi con linee esterne, obiettive, di dare tutta la sembianza della realtà: ma evidentemente il massimo della elaborazione è per lui nel momento creativo, costruttivo, che è momento implicante una spontanea ed inconsapevole idealizzazione,

(1) Sulla psicologia della invenzione, ecc.

una traduzione nel campo rappresentativo dei proprii affetti e tendenze e sentimenti sotto forme concrete e tipiche, quando non assuma quelle vaghe, fluttuanti, intimamente espressive della musica.

Le sforzo massimo dell' artista è adunque in questa maturazione intima, in questa compiuta, forte, elevata realizzazione di quanto palpita in sè stesso: quello dello scienziato si dispiega per ambito più esteso ed attenuasi in una; è nel momento costruttivo, non puro ed intenso come quello dell' artista, *ma costruttivo-critico;* è riposto nell' attrito tra le altre e la propria nascente idea [non espressione di stati affettivo-volontarii, individuali per quanto tipici, ma segno di realtà impersonale]; sta nel cimento della idea al vero, nel valore superiore che essa ha sulle precedenti idee, dando moto ad indagini di fatti fino a quel punto ignorati, facendo sorgere visioni irraggianti luce vivida nei profondi lontani della realtà. La idea filosofica sta in mezzo fra l'opera del poeta e quella dello scienziato, e tiene dell' una e dell' altra nel tempo istesso (1).

Come nell' opera dell' artista vi è quasi una verificazione, fin nello stadio subcosciente, con la concordanza tra il fantasma, ad ora, ad ora accennantesi, e gli aspetti del proprio individuo; così ancora nell' opera scientifica vi è quasi una verificazione inconsapevole avanti che la idea sorga del tutto. I lati di questa, balenanti qua e là nella prima fase, importano, nel loro sforzo costruttivo, un certo inconsapevole adattamento alle esigenze totali, un formarsi e disformarsi imposto dall' ambiente mentale istesso del pensatore.

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

7 — È necessario quindi distinguere nel processo inventivo [benchè si originino involuti e non vadano assolutamente divisi] il lato costruttivo da quello critico. Il lato costruttivo è detto ancora « imaginazione »: il Ribot ha fatto bene ad adoperare questa parola. Anch' io nell' altro articolo (1) l' ho adoperata spesso. Il lavorio critico, siccome affermano l' Höffding, il Colozza e tanti altri, è pertinente a ciò che dicesi « ragione » ; importa visione distinta, articolata dei passaggi della idea nei suoi sviluppi, verificazione logica, analitica o sperimentale del tutto. La ragione, così intesa, non crea; ma dimostra e corregge.

Senonchè bisogna dare alla parola « imaginazione » un senso più lato dell' ordinario. L' Höffding definisce la imaginazione « la facoltà di creare novelle rappresentazioni concrete » (2). Ciò è vero: ma nella invenzione bisogna salire dalle rappresentazioni concrete ancora ai pallidi schemi, a quegli aggruppamenti rappresentativi di suoni e di moti, a quei vaghi fantasmi, che sono come punti nodali, attorno a cui gravitano, verso cui convergono complessi d' altre idee e residui d' esperienze, e formano le espressioni ultime della mentalità fantastica nella creazione filosofica e scientifica.

Vero è, che, assottigliandosi (direi) la materia delle rappresentazioni, vie più se ne fa trasparente il contenuto; il momento creativo e quello critico vi appaiono più intimamente serrati : nel pensiero astratto la creazione si fa discorsiva, riflessa, il momento costruttivo si alterna e confonde con l' altro.

---

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

(2) *H. Höffding* — Esquisse d' une Psychologie fondée sur l' Expérience — trad. franc. Alcan éd. 1900.

Senza dubbio è impossibile distaccare appieno, in maniera assoluta, questi momenti, perchè correlativi, *opposte vibrazioni costitutive di tutto l' intimo moto dell' umano ingegno:* l' Ardigò con la parola « ragione » indica ambo gli aspetti, trova che i distinti si traspongono, *si costruiscono* ed insieme *si verificano*, collegandosi nella continuità dell' indistinto (1).

Frattanto ad ognuno dei momenti od aspetti in parola si riducono tanti problemi e questioni secondarie; e dal predominio dell' uno o dell' altro nella figura intellettuale dell' individuo si definiscono tipi diversi d'intelligenza.

V' hanno individui, in cui domina la ragione nel suo lato critico, altri la imaginazione e la costruttività del pensiero. I procedimenti, per cui si arriva, inventando, alla idea, sono diversi da quelli, usati da coloro, i quali cercano dimostrarla -- Agli estremi si osservano talora ingegni dalla vasta cultura, dallo spirito critico poderoso, che coordinano, verificano; danno una linea giusta e precisa a tutte le acquisite conoscenze; ma nulla intuiscono di sfumato tra l' una e l' altra idea, non sentono quanto nasce, e pullula, ed incosciente urge sotto il pensiero contemporaneo. Altri dal potere inventivo notevolissimo e da quello critico atrofico; vivono assorti in questo mistico mondo, da cui balenano vivide ed inaspettate idee; ma hanno essi poca attitudine a maturarle, a correggerle, a dare a queste forma definita. Se vi si cimentano, la idea, sotto i loro sforzi, invece di definirsi o risolversi in stabili elementi, si trasforma, cangia, iride fugace, intrecciantesi per aspetti nuovi e lontani.

(1) *R. Ardigò* — La Ragione — Vol. VI delle Opere filosofiche, 1894.

8 — Il pensiero, in cui domina il momento creativo, presenta sviluppi diversi da quello critico, d'analisi. Nel recente articolo (1), avendo in animo l'affermazione, già avanzata nel primo saggio, intorno al carattere di anticipazione, divinazione che ha la idea geniale rispetto alle altre, mossi a tracciar di questa l'intima istoria.

Notai, che la idea geniale importa dapprima una lunga fase di elaborazione, in cui il pensatore cerca impressioni, fatti, idee, conformantisi, ad ora, ad ora, qua e là, verso una traccia intima, profonda, di cui egli ha il presentimento e non distingue ancora — Sente, che qualche cosa nel pensiero matura (ne prova le sensazioni organiche); sente, che deve scorrere del tempo e ben altre cognizioni ed impressioni ed atti debbono aggiungersi, avanti che quell'una maturi ed appaia.

Questa incomincia ad intravvedersi in nube, diffusa, indeterminata, e si va precisando, adagio, adagio. Si va precisando attraverso fuggevoli apparimenti, in cui si delinea, o balena, ora un lato, ora un altro del tutto. La idea cresce per intimo lavorìo, non per apposizione di particolari. Alla fine si presenta integra e complessa dopo uno stadio di maggiore oscurità rappresentativa, precorrente la fase dell'estro, degli sforzi intensi, quando erompono in vivente unità gli sparsi sviluppi interni.

Importantissimo è appunto il momento dell'estro, preceduto in alcuni individui da sordo lavorìo inconsapevole; in altri (siccome ora ho descritto) da faticose, progressive elaborazioni, che man mano hanno raccolta

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

ogni energia di attenzione e visione in un focolaio centrale ed ultimo; talvolta è precèduto da cupe ambascie, densi obnubilamenti, onde esplode alla fine luminosa la idea. Nell' estro tante accumulate impressioni, fuggevoli ed instabili apparimenti ideativi, sinuosità evanescenti di questi, mille piccoli fatti ed argomenti, insorgono in una, pigliano consistenza, realtà. E corre velocissimo il pensiero, fulmineo, intuitivo. Si va per simboli, per schemi grevi di significato, densi di multiformi esperienze. Il pensatore è tutto nella idea da raggiungere, non altro vede, non ha introspezione del proprio intimo lavoro: egli non critica la idea, ma la vive, si dimentica tutto in essa.

Dopo quegl' istanti la raggiunta idea non è più ricca, turgida di elementi, che la rendevano mobile, resistente e viva. Gli sfumati e fuggevoli apparimenti interni, che la sostenevano, sono spariti, a simiglianza di quelle elegantissime meduse, vaganti in seno alle acque del mare, che, se raccolte al lido, perdono ogni forma e consistenza. Non si ha più il ricordo particolare, distinto di quel momento di vita suprema: epperò si critica la raggiunta idea, se ne cercano freddamente le basi in fatti od argomenti, singoli, definiti, bene assodati; e questi paiono insufficienti a sostener quella, che fu bene anticipatrice, ed in una gagliarda, ardita, feconda.

9 — Dal punto di vista dell'individuo creatore sono importanti a notare alcuni fenomeni psicologici, peculiari o conseguenza di quegl' istanti supremi. Dico: *la grande concentrazione* dell' ingegno inventivo, che poggia su mutamenti cenestesici e questi rinforza man mano; *i disgregamenti della personalità* e le lacune della memoria volontaria, consecutive ad un simile stato.

Inoltre, meglio indagando, giova considerare nella mente ispirata (ripeto) la *deficienza d'introspezione* del proprio lavoro, la rapidità d'ideare, il *pensiero intuitivo.*

Sottoponiamo questo complesso di vedute, avanzate nell'altro scritto (1), ad ulteriori sviluppi — Narra Paola Lombroso, a proposito di Leonardo Bistolfi, scultore valentissimo, che quest'ultimo, prima di mettersi ad un'opera nuova, non ne ha la imagine precisa, bensì la vede come in nube; e la produzione dimostrasi a lui feconda di sorprese. Nel lavorare intorno alla Sfinge, un monumento sepolcrale, egli sentiva di dovere produrre qualche cosa di alto e rigido; e, gettandola, riuscì ad abbozzare una statua di donna, che gli amici trovavano sproporzionata nella testa e nel corpo. Il Bistolfi, senza riuscire a darsi ragione di una forma così strana, insistè nell'intrapresa fatica: alla fine si accorse, che le parti della statua erano adattate al luogo, dove bisognava sorgesse il monumento; luogo ch'egli in precedenza aveva visitato (2).

Non meno significativo è quest'altro fatto. Filippo Palizzi, nel dipingere la figura di S. Giovanni Battista in un suo quadro, delineò una spalla ed un omero, che ogni mattina, come ponevasi al lavoro, gli sembravano male riusciti. Nondimeno insistè nel tracciare tutte le altre parti di quell'energica figura, ed alla fine si accorse, che l'omero e la spalla rispondevano armonicamente al tutto. Quest'ultimo fatto, narratomi dall'illustre pittore, e l'altro intorno al Bistolfi, suggeriscono una delle seguenti interpetrazioni.

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.
(2) Paola Lombroso — Articolo nell' « Emporium ». Bergamo, 1899.

A) Gli artisti, in una prima, rapida fase di creazione, avevano adombrato appieno i rilievi e le linee fondamentali della statua e della figura, l'una concepita nell'ambiente in cui doveva sorgere, l'altra euritmica e singolare nella sua complessità; e poscia avevano obliato il tutto, serbando il ricordo della sola linea direttrice, mirando stupiti quanto era ad essi capitato di eseguire, senza aver presenti tutte le contingenze generatrici del fantasma — Ci troveremmo così innanzi all'obblio di tutte le particolarità e dei mutamenti interni degl' istanti d' ispirazione. In quegl' istanti (ho detto nell' ultimo lavoro [1]), anzichè una novella idea, sorge un complesso di stati d'animo, che formano, generano la idea, ne sono una vivente espressione; delineasi *tutto uno stato della personalità*, il quale poscia, al venir meno della ispirazione, muta. Esso non mantiene con la personalità ordinaria del soggetto un legame consapevole, per cui mancano le condizioni della memoria volontaria. Il soggetto torna alla sua vita abituale. La raggiunta idea, vista soltanto in nube, incomincia poscia di nuovo a svilupparsi man mano, ed attira, avviva l'attenzione del soggetto, ma non sempre tocca il grado di una compiuta rivelazione: quegl' istanti d'estro possente non sempre ritornano.

B) Vero è, che potrebbe darsi un altro caso (e lo credo nella circostanza in parola molto attendibile): la idea giammai è apparsa compiuta, intera al loro sguardo, ma ancora in germe, come se avvolta in nube misteriosa, li avvinse e stimolò all' opera, pari a musica dolcissima, aggirantesi fra le penombre d' ignorata piaggia. Tutto il fantasma apparve ad essi in fine, ad opera compiuta, non all' inizio.

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

Sono queste le due possibili interpetrazioni.

Nel primo caso dovette nel pensiero incominciare il lavorio creativo, avere negl' istanti d' estro piena manifestazione, e poscia ottenebrarsi di nuovo, realizzandosi man mano siccome l'opera progrediva: nel secondo il fantasma decorse del tutto, o meglio si andò formando sordamente, senza presto raggiungere un grado d' intensità e nettezza tale da essere compiutamente appreso dall' individuo, apparve a quest' ultimo in forma di una linea principale e di un impulso animatore.

10 — La duplice interpetrazione, ora esposta, offre a noi occasione di modificare ancora lo schema del processo inventivo, espresso nel primo saggio, e poscia, qua e là, ritoccato. Pur mantenendolo nelle linee generali, è giocoforza dire, che vi sono casi, nei quali la mente non raggiunge il culmine del 3.° Stadio, del periodo massimo di visione della idea, e si esplica per lungo tratto, tra le fuggevoli apparizioni ed ombre e frazionati aspetti, indicatori della idea, che man mano s' integra, precisa, appare compiuta alla fine. Il tempo si sostituisce al rapido generarsi di alcuni istanti.

E qualche cosa di simile a quanto ha detto il Ribot intorno agl' ingegni *intuitivi* e *discorsivi*, benchè *gli uni e gli altri sieno dopo tutto ingegni intuitivi*, l' uno rapido, felice, intenso, l' altro lento, faticoso, tenace — Quest'altra forma d' invenzione non ha troppo a fare con l' attività del lavorio critico, riflesso, peculiare della imaginazione scientifica, potendosi trovare (come ora abbiamo visto) in lavori di ben altra natura, e potendo una critica, precoce e non ispirata, guastare il lento sviluppo della idea.

Senza dubbio vi sono molti inventori, i quali affermano di avere avuto, per brev' ora, visione compiuta

della idea, altri, che nulla sanno dire, anzi affermano il contrario. I primi ci menerebbero a supporre, che l'azione incosciente nel lavorio d'invenzione sia per molta parte una illusione del soggetto, immemore di quanto ideò negl'istanti massimi di creazione; i secondi al contrario ci portano ad affermare indubbiamente l'opera incosciente — Io credo, stia d'ambo le parti la verità: che vi sia per indefinibili gradi continuità dall'una all'altra espressione psicologica, dall'incosciente al cosciente — Il difficile sta appunto nel dire in che consiste quest'opera incosciente: di ciò toccheremo alla fine — In molti ingegni creatori (ora ho detto) v'hanno istanti d'ispirazione, di visione ampia, compiuta della idea: in moltissimi altri quegl'istanti sono preceduti, o seguiti, o *sostituiti* da confuse ed obnubilate apprensioni della idea, da fuggevoli apparimenti. Dice l'Ibsen: « Intravvedo i miei personaggi come in una nebbia, non so chi sieno: *poco per volta* una luce li rischiara: essi vengono a me, diventano miei amici » (1). — E ciò appar vero ancora più nella creazione scientifica — E' risaputo, come Buffon dicesse che il genio fosse pazienza, ed il Newton essere necessario attendere il pigro maturarsi di una idea, il rendersi di questa man mano evidente allo sguardo.

Quello che a principio s'incomincia a vedere è la *linea fondamentale* del fantasma. La visione dei particolari si ha dopo e seguendo modi diversi.

A qualcuno sembrerà, forse, molto strano, che *fin dall'inizio appaia la linea fondamentale del tutto*, e non i singoli e particolari elementi. Da ciò potrebbe

(1) *M. Borsa* — Verso il sole di mezzanotte — Milano, Treves ed., 1892.

argomentare, la invenzione suffragar la tesi di coloro, i quali dicono necessario, per lo sviluppo della esperienza, che il *generale* preceda ed inquadri il *particolare*. In tal caso avrebbe ragione Max Müller, ad esempio, quando attribuisse alle radici ed alle prime parole degli uomini valore di segni, indicatori di concetti, di tipi od ombre delle cose — E' bene indugiare su questo punto per non cadere in interpetrazioni platoniche di fatti, che vanno altrimenti intesi.

11 — Nella invenzione si ripete quel processo medesimo, che osserviamo durante la fase primitiva della umanità e nel fanciullo, quando dalla conoscenza sensoriale e povera di contenuto si passa man mano a quella razionale e molteplice. Sono note le discussioni sollevate dalla teoria di Max Müller, ora ricordata, e come omai gran parte dei filologi si accordi nel ritenere le radici delle parole, ed in generale i primi segni vocali dell' uomo, come indicanti nulla di particolare o generale, ma un' azione od espressione dell'individuo; od un carattere di ciò, che si presenta alla esperienza di quest' ultimo, in rapporto all' uso, alla impressione che desta in lui. La conoscenza del selvaggio è povera, utilitaria. Davanti ad un paesaggio egli nota pochissimi elementi in rapporto al suo modo di sentire ed operare.

Nel "Viaggio di un naturalista intorno al mondo„ scriveva il Darwin, ch' egli contemplava col piacere più vivo una foresta tropicale, se meglio ne conosceva i singoli componenti (le piante ad una ad una, gli animali, le roccie). Con tali parole veniva ad affermare un fatto importantissimo dal punto di vista psicologico.

La nostra conoscenza ed ammirazione delle cose al-

lora è più piena, quando suppone un maggior numero di esperienze accumulate in noi e definite negli elementi, sia isolati, sia in reciproca connessione; per modo che alla fine, davanti ai novelli stimoli, con una apprensione unica, sintetica, echeggino in noi gl'intimi sviluppi di tutte le pregresse acquisizioni. Il primitivo nella infinita varietà delle cose vede assai poco, alcune traccie, le quali indicano, nè il particolare, nè il generale, ma alcunchè di anteriore ed inevoluto: questo, col progredire della intelligenza, si sdoppierà in *particolare* e *generale*: due parole che indicano termini correlativi e non possono andare isolate. Ciò che precede non è la conoscenza del particolare o del generale; ma la conoscenza sensoriale e pratica, in rapporto ai nostri appetiti e bisogni di conservazione e riproduzione.

Certamente la mentalità del selvaggio ed anche di alcuni popoli a civiltà progredita (come il cinese, ad esempio) si mostra rispetto a noi povera di vedute generali, ma è anche povera di conoscenze particolari. Le conoscenze particolari, allorchè non sono accumulazione monotona, limitata, inerte, caduca, connesse da legami esterni di memoria meccanica (come in alcuni calcolatori mentali è la memoria dei numeri, ad esempio), si accumulano indefinitamente, *in quanto si classificano*, si aggruppano e subordinano per caratteri generici; quindi *esse si sviluppano, in quanto sono relative a conoscenze generali* — Il « generale » altra cosa non è, che *funzione*, ritmo di molteplici particolari — Questa funzione (dal punto di vista psicologico) all'inizio è funzione conoscitiva e pratica nel tempo istesso, che trovasi fin nell'atto sensitivo-sensoriale, o meglio in *quegli atti di assimilazione* e *repulsione*, costitutivi, integranti ogni processo percettivo. Tali atti sono coordinati alle necessità organiche prime, di conservazione

e riproduzione, e si ritrovano *inizialmente* ancora nelle peculiari esplicazioni volontarie ed affettive (1). Sì che quanto da noi è detto *categoria logica* deriva in retta linea dagli atti in parola, integranti la individualità tutta. Nel concetto, nel pensiero astratto, mobile, nuovo, si ritrova quel carattere di attività, che era nelle antiche percezioni (2).

Ma grande è la differenza fra l'attività delle percezioni sensoriali nel selvaggio e quella dei concetti, delle percezioni intellettive (come dicono alcuni), nell'uomo progredito e culto! — Per noi l'attività intellettuale appare distinta dalle altre tutte e da ogni immediata esplicazione pratica; in noi è formata la mente; e si prova godimento nelle connessioni e rapporti di idea con idea, nelle loro consonanze e verificazioni con i dati percepiti al di fuori, mentre destasi una eco, ora fievole, ora vivace, di tanto lavorìo nell'intimo dei sentimenti e dell'attività volontaria. Nel primitivo il lavorìo intellettuale, povero di direzioni e contenuto, è tutto compenetrato negli altri aspetti della individualità. Egli conosce ed in una commuovesi e vuole: ogni impressione, vivamente percepita, lo scuote tutto, lo espande, esalta, o retrae o deprime. Quindi la freschezza, il calore delle impressioni, la poesia delle menti primitive.

Il Carlyle sbaglia, quando nell'errante Ismaelita, che [viaggiando le notti per i deserti] segue la stella Canopo, trova un cuore, una mente profonda e senza parola (3);

(1) Vedi dell'istesso A.: Intorno alla Conoscenza ed alle sue alterazioni — dalla « Rivista di Filosofia, ecc. », Bologna, 1902.

(2) Id. — op. cit.

(3) *T. Carlyle* — Gli Eroi — trad. ital. Firenze, 1897.

trova quelle varie risonanze interne, figlie di masse di rappresentazioni e di progredite attività, attuali in noi soltanto, perchè siamo al vertice di una lunga e faticosa evoluzione. L'errante Ismaelita nel mirare, tra la quiete del deserto, la lucida stella, si commuoveva in modo più esteso e rapido, non certo più *profondamente* di noi. Le commozioni profonde sono di menti, in cui sugli accumulati prodotti della esperienza sorgono [ripeto] quei primitivi vasti ondeggiamenti della individualità, implicanti tutto l'essere nostro, *ed appunto quanto in noi è acquisito ed accumulato.*

12 — La conoscenza nel fanciullo procede al modo istesso. Il bambino una delle prime cose che mira attento è il volto dei suoi cari, il loro sguardo, gli oggetti che brillano. Da quell'indifferenziato circumambiente *distingue ciò che lo commuove, e quanto è in rapporto* al suo alimento, alle sensazioni di tepore e di quiete, pòrte a lui dalle braccia e dal seno materno. Fuori da quest'angusta cerchia vi è alcunchè d'indefinito ed ignoto, vi sono stimoli, che suscitano in lui nascenti impressioni, una rudimentaria curiosità; quando non vi è fame, freddo, dolore — Sono noti i disegni tracciati sulla carta dai fanciulli, come sieno poveri e schematici, e quanto sia povera e lacunare la imaginazione in tutta la prima età, giusta studii recenti dei varî cultori di scienza della educazione.

Certamente vi hanno enormi difficoltà pratiche, che il fanciullo non riesce a superare per ritrarre in un disegno l'oggetto percepito; ma è pur vero, che a lui fa difetto, insieme all'arte, una condizione essenziale di questa, *la visione di molti particolari* dell'oggetto che gli si para innanzi: egli ne percepisce alcuni, mentre il resto fluttua attorno indefinito — Ciò del

resto si verifica ancora in moltissimi giovani od adulti, quando si pongono a studii od osservazioni di oggetti, estranei alle loro ordinarie occupazioni. Basta mettersi a leggere un libro di anatomia, basta concentrare la propria attenzione sopra una vertebra od uno sfenoide per vedere quante particolarità sono non viste dall' occhio volgare.

Adunque *la conoscenza umana procede per sensazioni, imagini, selettive, generiche, in rapporto ad impressioni e tendenze.*

Attorno a quei primi schemi, concreti, fluttuanti, si delineano i risultati di ulteriori esperienze, che li mutano in parte: quei primi schemi, con la evoluzione intellettuale, diverranno nuclei, fantasmi, ognora più mobili e sottili, punti d'attacco e divergenza delle più diverse e molteplici imagini particolari, saranno indici, termini d'idee generali e complesse — Poichè ancora nel pensiero astratto, nell' algebra, nella geometria, nella Logica, soccorre l' impalcatura concreta delle formule, dei paradigmi, di tanti segni. Spesso nel calcolo con il magistero di un nuovo metodo di figurare, di schematizzare [siccome capitò al Leibnitz per la scoperta del differenziale] si ebbero progressi immensi. Il segno, la linea hanno la doppia funzione di *sostituire le acquisizioni raggiunte,* di esserne il simbolo, ed insieme sono *qualche cosa di concreto,* che è tramite a costruzioni future: hanno un valore simbolico, rappresentativo, ed un valore per sè, in quanto mezzo tecnico.

Così nella invenzione in genere — La prima idea sorge indefinita in noi, vaporosa, incerta, fluttuante. Tutti i nostri sforzi sono nel concentrare ogni attenzione su quel nascente fantasma, pieno di significato. E ad ora, ad ora, quasi obliando ogni cosa, in preda alle fanta-

sticherie più strane, alla caccia d' impressioni, di fatti lontani e diversi, sentiamo, che alcunchè di profondo matura in noi, ci affatica e rende inetti a qualsiasi ponderato lavoro estraneo a quell' uno, turba in noi la quiete del sonno, il placido fruir della vita. E quel fantasma, là, in alto, muta, dilegua, o si avvicina e rende più preciso. Per l' artista si concreterà alla fine in una complessa e movimentata figura, in un paesaggio, in una bella istoria; per il ricercatore sarà uno schema, imagine, germe di un concetto, sotto cui apparranno aggruppati una moltitudine di particolari, concordanti con esso.

I passaggi dall' una all'altra tappa della idea geniale sfuggono alla visione cosciente dell' inventore. Questi ha l' evidenza, il sentimento della verità di ciò che afferma od immagina, senza conoscere l' intimo lavorio, per cui si è giunti alla idea. Una rapida intuizione sostituisce lunghi ragionamenti. Il botanico Hoocker, leggendo i manoscritti, inviatigli dall'amico Darwin (1), resta maravigliato della fulminea rapidità, con cui quest' ultimo passa d' uno in altro pensiero, toccando conclusioni imprevedute. L' istesso fu detto del Newton, del Laplace e di tanti altri — *L' imaginazione costruttiva, l' intuizione* fa ad essi correre di uno in altro segno o modalità schematica: quel segno è ricordo d' innumeri idee ed esperienze, e le polarizza (direi) dal lato vivo ed essenziale — Vi è quindi nell' ingegno inventivo un' attitudine a sintetizzare per segni ed imagini, toccando rapidamente il lato più vitale delle idee e questioni, conoscendole nel lato che le annoda, le tiene accolte in unità sempre mai complesse.

(1) La Vie et la Corrispondence de Charles Darwin — trad. franc. Reinwald éd. 1888.

E questa attitudine penetrativa e costruttrice nel tempo istesso, questo rifare, nel giro di un pallido schema o di un tipo, tutto il mondo circostante, questo cavarne la quintessenza, *va con mutamenti sentimentali e conazioni intense:* è come un' affermazione personale, un' espansione del proprio essere, ricordo di quei moti volontarii, che si accompagnavano nel primitivo ad ogni nuova conoscenza. Conoscere è pel primitivo vivere, conservare ed esplicarsi, nutrirsi ed amare. Così per l' inventore: nella concentrazione suprema dell'affannosa idea vi sono i palpiti dell'amore e della vita.

13 — Ma bisogna considerare un altro punto di simiglianza tra il modo di svolgersi della conoscenza nell' uomo primitivo ed in quello di genio. Nel primitivo la conoscenza è tutta ristretta alla percezione esteriore, è pratica. La coscienza di sè, che d' ordinario caratterizza nell'uomo adulto e civile lo svolgimento delle imagini ed idee ed ogni comparazione fra queste, non è ancora formata. Il primitivo a qualsiasi imagine o pensiero, sorgente in lui spontaneo, per determinismo interno, dà valore di percepito esterno ed immediato; e poichè non ne riscontra lo stimolo al di fuori, attribuisce il tutto all' opera di nascoste, mitiche personalità. Il primitivo, il selvaggio trasporta sè stesso, vede una iniziativa simile alla sua in tutti gli oggetti del mondo esterno, e spiega così le modalità improvvise anche di cose, che cadono sotto il suo uso e la esperienza quotidiana — Un selvaggio della Guinea, ad esempio, attribuirà il rompersi di una pentola sul fuoco allo spirito che sta in essa — Quindi il modo di conoscere del selvaggio é antropomorfico, sconnesso, lacunare, senza adeguati nessi causali d' una in altra cognizione. Anche il carattere sarà in lui impulsivo, passionale, contradit-

torio; l'autocoscienza (ora ho detto) iniziale, tutta ristretta alla cognizione pratica di sè, in quanto agente e senziente, senza quella coordinazione di tutte le espressioni personali, che nell' uomo maturo e civile si raggiunge per l' opera specialmente del linguaggio e della riflessione.

Se dal selvaggio e dal primitivo moviamo alla gente inculta dei nostri paesi, troviamo, ch' essa ad una imagine, ad una idea, la quale improvvisamente sorge nel pensiero, danno un significato pressochè misterioso, specialmente se quella imagine apparisce nel sogno. E' molto difficile persuaderli in contrario. Il sogno lo credono qualche cosa di verace, concreto, che si attuerà o si è attuato altrove, e lo credono quasi avviso di superiore intelligenza. L'uomo non si sa liberare dal dare significato di percezione, di cognizione esterna ed immediata, a ciò che in sulle prime gli si presenta: tanto vero che il nostro primo impulso è verso l'affermazione e la credenza!

Moltissimi errori degli " spiritisti „ muovono da uno stato d'animo, simile a quello del primitivo e dell'uomo inculto: il non riconoscere nel dato, che ad essi si presenta, l' origine interna, per determinismo di tutto il contesto mentale. Essi vi trovano sempre una origine da altra intelligenza ed una verità di contenuto adattata al caso presente. Per la stessa condizione fondamentale psicologica si hanno i delirî e le allucinazioni dell' infermo di mente.

Nella invenzione il fantasma, che sorge e matura, pare sia fuori di noi, con una impulsività e fatalità di formazioni ed esplicazioni tutte particolari ed estranee al nostro operare. Quel lavorio incosciente e subcosciente, che, con i suoi incerti riverberi, pari ad area circonda ogni linea del fantasma; le lacune profonde di

memoria volontaria, le inaspettate reviviscenze, tolgono alla idea, che appare, ogni carattere di connessione causale fra essa e le precedenti nostre cognizioni ed esperienze, danno ad essa carattere d'alcunchè di mitico e possente.

Ciò non ostante sarebbe grave errore confondere la idea geniale con quelle del primitivo e dell'uomo inculto: fra l'una e le altre vi è di comune soltanto, che, nel generarsi, *ripetono un momento comune al sorgere di qualsiasi intensa rappresentazione* — E' vero, che la idea geniale appare e matura fuori della nostra consapevole e diretta azione, ma certamente non si svolge isolata dalle ripetute nostre azioni conoscitive: le continue esperienze, le frammentarie e diverse meditazioni la influenzano e danno ad essa stimolo e materia per crescere e determinarsi, mentre la preoccupazione costante dell'inventore, il senso di diuturna fatica, ne rivelano l'intima genesi. Quel vivere infine nella idea, da parte dell'ingegno creatore durante la ispirazione, suona bene assimilarsi, trasfondersi nella idea, non considerarla fuori del proprio ambito personale — Aumenta l'assimilazione e consapevolezza nel momento critico. La idea è criticata, in quanto viene riconosciuta *come idea*, in quanto è creduta elemento nostro, elemento interno ed ideale, è obbiettivata nel mondo del pensiero, diverso da quello delle realtà esteriori.

14 — Insigni ricercatori come il Sergi (1), il Lombroso (2), e qualche altro, hanno trovato, *negli sviluppi della invenzione punti di similitudine, anzi d'identità, fra la idea geniale e la idea fissa.*

(1) *G. Sergi* — Gli Uomini di Genio — Estratto dalla " Nuova Antologia „ Roma, 1900.
(2) *C. Lombroso* — Nuovi Studi sul Genio — Vol. II — R. Sandron, 1902.

Alcuni, leggendo forse la descrizione da me fatta del processo inventivo, intramezzata da fuggevoli raffronti psicopatologici, sono venuti alla credenza, che tale veduta fosse stata anche da me posta innanzi. Con rincrescimento in verità, debbo confessare, che su questo punto ho contraria opinione, siccome, per incidente, mi è riuscito di accennare in altro scritto (1).

Se talvolta la idea geniale cade nella idea fissa, od ha con quest' ultima alcune analogie esterne; considerata nella intimità sua, essa ne è *profondamente diversa.* La idea fissa può presentarsi in due modi, o come *idea coatta,* contrastante l'attività della mente dell' individuo, o come *idea centrale.* Nel primo caso l' individuo fa inani sforzi per eliminarla, o per assorbirla, *metterla in connessione con le altre idee*: ma essa sta immota, cacciata nel flutto perenne del pensiero, scoria, impaccio e tormento—La *idea fissa centrale* [non periferica, come quella coatta] sorge dall' intimo della nostra consapevolezza ed arresta o contrasta ogni ulteriore sviluppo ideativo, *cristallizzandalo nel giro angusto del suo contenuto.* Nel primo caso è impedita *l'integrazione della idea* con le altre idee, nel secondo la *disintegrazione* della idea (2).

Il nostro pensiero, e tutta la nostra vita psicologica, si sviluppa *per questi due momenti opposti d' integrazione e disintegrazione,* i quali ritmicamente si avvicendano: ed allorchè deprimesi o fiacca la mente, essi

(1) Nelle Note " *Idee fisse e Disgregazione psicologica* „ (Annali di Nevr. Napoli, 1900), dico: « L' idea che si mantiene lungamente davanti « allo sguardo, centro fecondo d' altre idee ed azioni, come l' idea del- « l' inventore, l' ideale dell' artista, il proposito dell' uomo d'azione, non « è punto idea fissa .... »

(2) Vedi: " Intorno alla Conoscenza, ecc. „ ed " Idee fisse e disgregazione psicologica „.

appaiono ognora più isolati, lontani, il momento disintegrativo la vince sull' altro (1).

Ne segue la impossibilità a formarsi di novelle idee: le passate e presenti male si scindono e ricompongono molteplici d' altri e varî elementi, chè spezzato n' è il ritmo formatore. Vi è nella mente inferma un continuo sforzo di ricomposizione, ma inadeguato e vano; quando alla fine il tutto non cada nella esagerazione opposta, nella quiete morta della idea delirante (2) — La idea fissa, come quella delirante, è idea cristallizzata (ripeto), improduttrice. La seconda può avere un certo sviluppo, ma è sviluppo a prevalenza automatico: non è il progressivo affermarsi dell' attività coordinatrice e cosciente, bensì (nei casi migliori) la *dedizione progressiva di quest' ultima, il cedere di questa, a grado, a grado.*

Bastano le precedenti considerazioni per vedere, come tra idea fissa e delirante da una parte, la idea geniale dall' altra, vi sia divario immenso.

Mentre l'alienato di mente nulla più impara dell'*esperienza,* in arresto o pervertita; e dal giorno di esplosione dell'accesso ha spezzato ogni legame con gli uomini tutti e con la conoscenza della realtà esteriore; l' uomo di genio è quello, in cui la esperienza, la sintesi tra individuo e realtà esterna è divenuta più che mai attiva e feconda.

Or ora abbiamo visto, come quell' intimo lavorio, pronubo dell' idea geniale, sordamente si colleghi agli sforzi di osservazione ed inconsapevole verificazione, alle slegate meditazioni del soggetto, sia momento e culmine interno di tutto il processo della esperienza. Sì che in tale profondo lavorìo interno vi è ancora involuta una

(1) " **Intorno alla Conoscenza, ecc.** „
(2) " **Intorno alla Conoscenza, ecc.** „

fase di *adattamento* della idea: fase che poscia giganteggia nell'area cosciente, piegando essa idea all'urto della discussione e di sempre nuove esperienze.

Eppure, benchè sviluppi a direzione tanto diversa, l'ideazione ispirata del genio e quella del delirante, coincidono nel carattere di *accentuato subiettivismo.*

È vero, che il subiettivismo della idea geniale è momento [benchè essenziale] di tutto un complicato processo, va col predominio della integrazione personale, con un sentimento vivo, con sforzi di attività interna, si accompagna a periodi di vigorìa organica (1); mentre quello della idea delirante è l'automatico ripetersi di vecchie idee sotto la spinta della paura e dell'ira, del fatuo orgoglio: va con una profonda disintegrazione personale e si accompagna a fasi di depressione organica. Ciò non ostante (ripeto) coincidono l'uno e l'altro ideare su qualche punto.

Infatti nella idea fissa e nel delirio dell'alienato di mente si traducono in forma rappresentativa le intime disposizioni del soggetto e lo stato della sua personalità; così nella idea del genio si riverberano, salgono alla coscienza, non pure moti diffusi ed indefiniti dell'animo suo, eco verace di quanto fluttua inconsapevole nello spirito dei contemporanei; ma ancora moti, espressioni delle intime tendenze personali. In special modo nell'artista la idea è come la ricostruzione di sè, dei suoi desideri: è ricostruzione ideale, complessa, varia, ricca di elementi, che trascendono l'individuo particolare, ma

(1) *La psicologia del genio in Carlo Darwin* — Atti della Soc. Rom. d'Antropologia, 1900.
e *La famiglia Palizzi ed il Genio* – dalla Rivista mod. di Cultura, Firenze 1900.

non lo trascurano, anzi lo pongono a nota dominante del tutto.

Inoltre come la idea delirante campeggia per il decadere dell'appercezione esterna e d'ogni consapevolezza introspettiva, (1) così negli istanti supremi d'ispirazione [ho già detto] l'individuo è tutto nella idea, non mira quanto si agita al di fuori, nè scandaglia, o segue la fasi, o giudica l'erompente fantasma, vissuto da lui, anzichè meditato — Alle volte nel prorompere della idea geniale vi è *grande impulsività* — E ciò ricorda, come l'elemento volontario sia nel fondo d'ogni vita psicologica, ne sia il movente primo ed il perenne agitatore.

15 — Se quindi da noi si considera il processo inventivo nel suo completo sviluppo formativo-critico e la idea geniale in tutta la sua grande complessità, troveremo nell'uno e nell'altra caratteri opposti al pensiero ed alla idea dell'esaurito e del folle. Ma se indugiamo su quei casi d'ideazione geniale, in cui il subiettivismo rendesi più che mai dominante od il prorompere della idea più che mai imperioso e vincente la fase opposta di critica e valutazione consapevole, *balena in noi il sospetto possano concorrere a tali manifestazioni ancora disposizioni anomale soggettive.*

Giova frattanto ricercare quegl'individui, in cui i caratteri di subiettivismo ed impulsività ideativa sono prominenti. Primo fra tutti è il genio mistico. La costruzione del mistico [siccome fra gli altri ed a lungo studia il Ribot (2)] è tutta subiettiva, rimota dalla esperienza.

(1) « Intorno alla Conoscenza ed alle sue alterazioni, ecc. ».
(2) *Th. Ribot* — Op. cit.

Il mistico dietro la realtà esterna suppone un mondo di entità spirituali e di vicendevoli misteriose influenze, ribelli a qualsiasi rappresentazione, concreta o schematica, ed a qualsiasi verificazione per parte della percezione esterna o del raziocinio: la ideazione mistica, se ideazione vogliamo dire tanta evanescenza imaginativa, inerzia di ragione ed accesa emotività, cade agevolmente nell' estasi, estremo termine della idea fissa centrale; si concreta, ad ora, ad ora, in visioni, che di frequente raggiungono uno stato allucinatorio.

Ricca è la letteratura in proposito: i santi, i riformatori religiosi, gli eroi del sentimento in genere, abbondano di caratteri psicologici morbosi.

Così dicendo, non mi credo in diritto di affermare essere il genio mistico, in tutti i tempi, di necessità o del tutto morboso. Il mistico, per essere geniale, non deve cadere in piena morbosità; deve avere in sè qualche cosa di nuovo, che commuova gli animi e li esalti: non può indugiarsi nella maggior inerzia rappresentativa, ma giova si esplichi in un lavorio di formazione psicologica, avente una qualche espressione e realtà nel mondo del pensiero, ed intensa, dominatrice espressione in quello della simpatia e degli umani affetti. Sì che alla fine sgorghi la buona novella dal labbro del profeta, sgorghi un vero interno, di sentimento, palpitante indefinito nell' animo dei contemporanei. Anche che questo sia un vero, non vasto e profondo, ma ristretto ed adatto per un gruppo limitatissimo di uomini, bisogna che abbia una certa risonanza al di là delle esigenze individuali, porti in sè un lato di ragionevolezza.

L' idea folle, quella folle davvero, è chiusa nel giro egoistico della paura, dell' ira, dell' orgoglio, dell' isolamento di sè stessi.

Basta incominciare ad uscire da tale isolamento, da

tale polarizzazione verso sè stessi in opposizione agli altri uomini, in opposizione ad ogni simpatia ed affettuosità, per incominciare a volgersi alla salute (1). La salute è nell'amore, nella simpatia operosa; nel sentire il proprio essere crescere ed espandersi per novelle connessioni ideali, includenti la vita degli altri esseri, necessitanti doveri ed impulsi che superano ogni ristretta esigenza egoistica.

Gli ordinarî mistici, squilibrati o folli addirittura, hanno enunciato volgarissime cose: il loro verbo ha convinto un ristretto manipolo di uomini, ignoranti o criminali, o turbe in preda a follia; mentre quelli, in cui, nonostante o per l'anomalia fondamentale, il genio sublime rifulgeva, hanno detto parole, che risuonano tuttavia, lungo i secoli, nel cuore degli uomini — Vero è, che non deve in maniera assoluta giudicarsi, intorno alla verità, oppur no, di una affermazione, dalle contingenze mentali in cui sorge: può benissimo da un pensiero infermo essere avanzata una notevole, benchè di rado peregrina, verità.

Nel genio del sentimento mal si giunge alla idea, alla visione netta di questa. La idea palpita seminascente, fluttuante tra i moti interni, e l'individuo sentesi diverso. Come se assorto a vita novella, egli trova in sè una novella direzione nel modo di sentire ed amare. In lui la genesi creatrice è tutta interna, involge le sue intimità personali, emotivo-volontarie, organiche: e per tale ragione suppone di regola eccessività originarie di sentimento, e può, con gl'intimi mutamenti, ad ora, ad ora, smarrirsi in fasi di disordine psichico.

(1) *Del Greco* — Sulla cura morale dell'accesso psicopatico [Educazione e Follia] — dal « Manicomio », 1901.

Qualche cosa di simile potremmo dire di quei parziali genii d'azione, in cui sulla idea, appena sbozzata, si accentua troppo la impulsività, la energia, l' attività esterna — Il genio d'azione dà la idea plasmata nell' opera, ed importa a base un sovrappiù di energia estrinsecativa, la quale mostrasi alle volte ancora in forma d' una grande combattività o di uno spirito dominatore: un tal genio importa alle volte (dico) certa quantità di energia brutale, notevole per vincere e superare ostacoli nelle dure ed inesorabili lotte della vita pratica. Ma quello che lo caratterizza, in quanto spirito creatore, è sempre l' idea, o vista distinta e meditata, o balenante concreta, attuata nelle vicende dell' operare — Ora v' hanno casi, in cui la foga ed irruenza dell'azione, la paradossale audacia dei concepimenti male sono corrette da adattate inibizioni, da adeguata esperienza. Così in Napoleone giovane vediamo l' equilibrio geniale fra idea, azione e necessità esterne; in Napoleone maturo decade il genio, si fa parziale, direi ; chè i concepimenti in lui ognora più si affrancano da ogni esperienza, sotto l' impulso dell'orgoglio smisurato: egli, chiuso nella ferrea cerchia del suo egoismo, non è più atto a sentire l' anima dei contemporanei ed i tempi mutati (1). Non pochi genii d' azione (creduti tali a torto od a ragione) ebbero ad ausilio potente la fortuna e l' audacia, anzichè veggenza di operare al di là delle comuni idee ed impulsi.

Senza oltre indugiare, volgendosi ad una ricerca intorno alle deviazioni del processo inventivo anche nei genii del pensiero, diremo che le creazioni, sia nell'Arte, nella Scienza, o nell'operare, *quanto più sono consapevoli ed*

(1) A. *Tebaldi* — Napoleone — Una pagina storico - psicologica del genio, Padova, 1895.

obiettivate, quanto più si distaccano dalla matrice individuale, piegando alle necessità esteriori; vie più fa mestieri che rispondano ad un maggiore assieme di condizioni psicofisiologiche, che importino lo svolgimento del processo inventivo in tutte le sue opposte direzioni.

Un processo inventivo simigliante, il quale non solo tende a plasmare la novella idea, ma bene la verifica, piega, coordina alle necessità esterne, va al di là delle forze umane — La dimostrazione e perfezione è talora in ragione inversa della originalità — La storia dimostra, che i genii sovrani, nei quali l'Arte o la Scienza o la vita toccarono il culmine e la perfezione, Raffaello e Fidia, Pericle e Sofocle, Newton e Darwin, apparvero alla fine di un ciclo d'ingegni inventori; collegarono in opera grandiosa, superandolo, il lavoro precedente: senza quest'ultimo forse a noi non si presenterebbero così equilibrati e sovrani. Gl' ingegni pionieri, quelli che tentarono novelle vie, ricchi d'intuizioni, di arditissimi presentimenti, furono individui, in cui il processo inventivo si svolse meno compiuto e corretto, portante esagerati caratteri di subiettività ed irruenza — Quindi non di rado le catastrofi e sventure, i paradossi,

. . . . « di vero
Entro un mare di errori una scintilla »,

alba di un lontano avvenire, talora perduta nella istoria, perchè non intesa dai contemporanei, non suscitatrice fra questi di alcun moto novatore.

16 — Una delle questioni fondamentali di psicologia, che nelle indagini sulla invenzione presentasi ad ogni passo, è senza dubbio quella dell' inconscio. Nell'ultimo studio cercai di restringerne l'ambito funzionale, dimo-

strando che la idea si va formando man mano nell'area rappresentativa e tocca con i momenti d'estro la sua massima integrazione, senza che per questo sia sempre ed in qualsiasi circostanza *ricordata* dall'inventore. L'*esaurimento* degl'istanti consecutivi alla ispirazione, la *mancanza d'introspezione* del proprio lavoro in una con un certo grado di *disgregamento della personalità* (per cui, dappresso ai comuni pensieri ed alle occupazioni della vita ordinaria, sorda, insistente ricorre nel pensiero dell'individuo la ideazione inventiva); dico, questo complesso di condizioni psicologiche, contrastante gli sviluppi della memoria consapevole e volontaria, fa cadere l'inventore nella illusione, che la idea geniale sorga improvvisa e compiuta dai profondi dello inconscio, e non che si vada formando adagio adagio nelle sue elaborazioni coscienti. Per coscienza non bisogna intendere soltanto la coscienza di sè, personale, riflessa, meditata, ma ancora *quella generica*, il sentire, il tendere, l'esplicarsi (1).

Nondimeno, pur riconoscendo l'esattezza dei fatti ora ricordati, debbo affermare, che una indagine ulteriore mi ha convinto avere l'attività incosciente dello spirito negli sviluppi in esame una funzione assai più estesa e profonda — Abbiamo visto nel corso di queste pagine, come insieme agl'inventori, che nell'estro fuggevole raggiungono la compiuta visione della idea (posteriormente elaborandola nelle singole particolarità), vi sieno ingegni, nei quali lento, progressivo è il lavorìo di formazione, e toccano la idea assai tardi, alla fine — In questi ultimi lo psicologo trova le condizioni più adatte per studiare gli sviluppi dei fenomeni in discorso — Eliminati quei profondi mutamenti degl'istanti di

(1) Sulla psicologia della Invenzione, ecc.

ispirazione, non è a parlarsi di obblio della idea e dei momenti di formazione, se dessa non appare lungo tutto lo svolgimento inventivo. La idea si forma man mano, senza che l'individuo ne abbia visione adeguata; essa talora lo avvince ed assorbe, nonostante i sospetti e le titubanze; sorge imperiosa, allo stato nascente dall'inconscio; e segue nel formarsi *una traccia ed un impulso*, che dall'inconscio emergono: l'inventore, che a questa semioscura traccia, a questo impulso non si abbandona fidente, rischia di smarrire l'anelato termine. Nella creazione scientifica notasi appunto un avvicendarsi, un compenetrarsi *dell' intimo lavorio in questione* (onde emerge la idea) con la critica, con lo sperimento, con l'osservazione dei fenomeni esterni, che, a passo, a passo, lo costeggiano, limitano, ed ancora ne provocano i profondi ed inconsapevoli sviluppi.

L'inconscio è adunque un fatto, una realtà: ripeto le parole del Ribot (1). Ciò va detto senza entrare nelle indagini filosofiche, volte a stabilirne la natura.

Ma per bene conoscere un fatto è necessario definirlo nelle sue note specifiche e nelle sue connessioni. Ora un modesto contributo a questo secondo punto della questione mi sono studiato di recare, dimostrando, come nel lavorio subcosciente ed incosciente inventivo stia in gioco il *complesso della individualità psicologica,* come in una con la sorda elaborazione della idea si determinino nell'inventore *profondi mutamenti sentimentali, cenestesici,* sensazioni organiche diverse — Il processo formativo della idea riproduce abbreviato, rapido, intenso il processo formativo della conoscenza e della personalità nell'individuo e nella Storia — Ho dimostrato, come

(1) *Th. Ribot* — op. cit.

nel primitivo e nel fanciullo la conoscenza si sviluppi per linee generiche ed intuizioni, simiglianti a quelle del pensiero inventivo; come nel selvaggio e nell'uomo inculto il sorgere di momenti ideativi, non connessi a stimoli immediati percettivo-sensoriali, abbia quel carattere istesso d'impulsività, di genesi inconsapevole, che ha la idea del genio.

L'inconscio, che osserviamo nell'inventore, è quello istesso che rivelasi in noi lungo le età e nella vita quotidiana: esso non indica un lavorìo ideativo soltanto, ma un lavorìo esteso al complesso della individualità psicologica. Sì che l'invenzione, questa figlia prediletta del lavorio incosciente e subcosciente dello spirito, è un fatto di sentimento e volontà, oltre che d'intelligenza: *l'invenzione suona orientamento nuovo della personalità, giovinezza feconda d'animo e di pensiero.* Chè abbiamo visto ancora, essere l'idea fissa ed il delirio indici di una direzione opposta di essa personalità, denotarne il processo inverso, l'impoverimento progressivo, il predominio dell'automatismo sulla coscienza.

Afferma con grande verità l'A r d i g ò, che la invenzione è fatto comune, ovvio in qualsiasi uomo al mondo (1), e solo quando si esagera ed accentua in speciali circostanze od individui, viene essa da noi indicata come tale. Negli uomini di genio appunto la invenzione rendesi eccessiva, dominante. Di questi si può dire quanto il G ö t h e affermò intorno ai poeti, rivelarsi in tali individui "la gran potenza dell'uomo„. *Il genio è individualità instabile, in continui sviluppi e mutamenti.*

(1) *R. Ardigò* — Op. cit.

Ed ora si para innanzi il problema: Questa eccessività di sviluppi formativi psicologici è costeggiata da *deficienze?* — Abbiamo visto, come nei genii di sentimento, d'azione, di pensiero, la idea spesso riveli una impulsività e subiettività grande, come il processo critico e di adattamento faccia in essi talora difetto. Senza indugiare su quest' altra ricerca (estranea all'obiettivo del presente studio) non posso esimermi dal ricordare avere in qualche lavoro portato dei fatti in appoggio alla idea, che eccessività e squilibrî psicologici non sieno estranei alla integrazione del fenomeno geniale; sollevarsi tale fenomeno, instabile e maraviglioso, fra limiti di esauribilità e di decadenza.

Del resto la questione del genio è più che altro quesione biologica, e va trattata altrimenti — L' esperienza ci dirà, se vi sieno uomini al mondo così felici nella organizzazione da segnare un passo avanti nella evoluzione psicofisica, senza accentuate e collaterali deficienze. Moltissimi uomini di genio rivelano queste ultime accentuate, benchè non pare sieno gravi — Il fatto geniale per sè è progresso, sviluppo, integrazione; e suppone tali e tante condizioni bio - psichiche, da rendersi poco credibile l' accompagni una grande degenerazione antropologica. Se non grande, è probabile *sia questa più accentuata che negli uomini medii.* Accanto alle rare forme di genialità perfette, eccezionali, difficilissime ad osservare, la nostra indagine trova ogni giorno moltissime altre minori, incomplete; ed in esse l' elemento degenerativo, o di squilibrio, o di esauribilità nervosa, mostrasi notevole e frequente. Ciò lascia presumere risultare il genio d' una condizione organica non del tutto estranea a quella, in cui, più che la degenerazione, l' anomalia è fatto caratteristico.

Termino con l'insistere su quanto più sopra ho affermato, intorno alla invenzione; essere cioè, negli sviluppi di questa, complicata, involuta la personalità del soggetto, in una con le sue risorse e manchevolezze; essere nella invenzione evidente *l'attività sintetica*, integrativa, nota culminante d'ogni vita psicologica, e che specialmente osservasi nei fenomeni volontarî — Appoggia quindi lo studio della invenzione l'ipotesi volontaristica, intesa non come ipotesi che riduce ad una *volontà metafisica* il fatto psichico fondamentale, ma come quella che ne invita a ridurre man mano tutte le complesse formazioni della personalità umana all' "appetito", forma primordiale d'ogni attività psichica; ne invita a descrivere una minuta istoria dall'appetito alla Mente ed al Carattere più evoluto e complesso, attraverso fasi e complicazioni moltissime. Certamente nessuno sogna di ridurre la intelligenza allo impulso, alla conazione; ma nel fatto conativo, appetitivo primordiale si trova inizialmente posto quel triplice ordine di caratteri, i quali si continuano poi nei distinti *aspetti intellettuali, di sentimento e volontà*. Tutti e tre hanno la nota comune di *attività*, e questa è sopratutto evidente nell'ultimo aspetto (quello volontario), onde la parola che caratterizza l'ipotesi in discorso.

Nocera, 19 novembre, 1902.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. **Domenico Ventra**

ANCORA UN CASO DI PAZZIA PELLAGROSA
NELL'ITALIA MERIDIONALE

PEL

DOTT. G. ESPOSITO

Mentre fioriscono tra psichiatri e igienisti italiani gli studi clinici, anatomo-patologici e sopratutto sperimentali sulla pellagra, i cui risultamenti hanno brillantemente confermato le idee che la mente geniale di Lombroso formulò già da circa 40 anni addietro; ed ora che, grazie alla conoscenza sicura delle cause produttrici della terribile malattia, è resa possibile una efficace profilassi, di cui recentemente si è anche occupata la nostra Camera dei Deputati, approvando la sospirata legge informata a tali sicuri criteri (1), non è forse opera vana richiamar l'attenzione sur un vivaio di diffusione pellagrosa nell'Italia meridionale, che, malgrado precedenti richiami, pare non abbia sufficientemente attirato gli sguardi e le cure di chi ne aveva il dovere.

La Relazione del Badaloni, con una ben intesa critica statistica, dimostra che se la malattia perde di intensità, guadagna in estensione, serpeggiando ormai per gli Abruzzi, nelle Puglie, nella Campania, e financo in Sicilia.

Noto adunque che, sebbene si abbiano sicure notizie di un caso di pellagra curato nell'Ospedale delle Prigioni di Napoli, nel 1845, e pubblicato dal Tarsitani (2), pure nulla ci è noto sul dove e come il paziente ne sia stato

(1) *Relazione Badaloni* — (che, malgrado richiesta, non ho potuto leggere nell'originale, ma solo in riassunti).

(2) *Tarsitani* —Pellagra curata ecc. Esculapio napoletano 1847, fasc. di Luglio (Estesamente riferito in una memoria del Prof. Ventra).

affetto, giacchè i criteri etiologici che allora dominavano sulla malattia, non facevano veramente pensare il medico a tal genere di ricerche.

Notizie esatte si possono riscontrare invece nelle pubblicazioni del Venturi, il quale potè osservarne alcuni casi nel manicomio di Girifalco e in quello di Nocera (1), e non mancò di additarli subito — con qual esito è inutile dire — all'attenzione degli amministratori, per gli opportuni provvedimenti, e alla conoscenza dei medici.

Seguì a lui Ventra (2), il quale, a proposito di due casi osservati e curati nel manicomio di Nocera (uno appartenente alla prov. di Campobasso, e uno a quella di Foggia), insistè ancora, con nobili propositi e parole calde di carità patria, sul pericolo minacciante, e di cui nessuno si dava pensiero; e fece anche, per quanto la distanza gli permetteva, raccolta di notizie circa la località colpita, notizie che tanto più importavano, in quanto la stessa contrada aveva più volte inviato pellagrosi al Manicomio. Infatti, uno dei casi illustrati dal Venturi proveniva da S. Stefano, frazione del Comune di Campobasso, e da S. Stefano, e parente di una delle malate del Venturi era la paziente che fece oggetto della comunicazione di Ventra (3). Ora, a distanza di tredici anni da questa, ecco che un nuovo caso capita alla mia osservazione, nel Manicomio di Nocera, egualmente proveniente da S. Stefano, a dimostrare che il focolaio vi si mantiene sempre, scarso forse, ma pertinace.

Sulle condizioni e sulla postura di questo paesetto, io non ho qui che a riportare le notizie raccolte dal Ventra, e pubblicate nella citata memoria:

« Il paese è posto sul pendìo di una collina, ed a poca

(1) *Venturi* — La pellagra nelle provincie meridionali d'Italia, 1887
id — La medicina contemporanea, Napoli 1887, fasc. VI.
id — Arch. di Psichiatria e Scienze penali.

(2) *Ventra* — La pellagra nell' Italia meridionale — Manicomio moderno 1889 N. 1.

(3) In seguito ad essa, e dietro inchiesta governativa, la località fu dichiarata infetta, ma nulla si fece per risanarla.

distanza da un torrente, donde di frequente la nebbia e l'umidità che l'involge.... Non vi ha altra cultura che quella del grano e del granturco... la qualità del granone consumato non é la peggiore...; da indagini pure risulta che al sopraggiungere della primavera non mancano altri casi di alterazione della pelle del dorso delle mani, e di debolezza delle gambe, fra quei poveri che vivono nelle peggiori condizioni di ambiente e di vitto ».

La forma clinica presentata dalla paziente di mia osservazione non mostra nulla di particolarmente notevole, anzi tanto i fatti somatici che i psichici non sono stati che molto mediocri, ond'è che mi limito a brevi accenni.

L'inferma, nata e domiciliata a S. Stefano, è orfana, ha 28 anni. È contadina, ma quando il lavoro viene a mancare, vive di accattonaggio. Viene ricoverata in seguito a tentativi di suicidio, il 15 Gennaio '902.

Psichicamente si dimostra tranquilla, ma notevolmente depressa, paurosa, disorientata circa al tempo e al luogo, non si rende conto esatto della sua situazione nè delle persone che la circondano. Percezioni lente e scarse, allucinazioni uditive (una voce le impone di buttarsi nell'acqua); memoria fiacca, specie dei fatti recenti; attenzione notevolmente difettosa, sentimenti affievoliti, giudizi superficiali e spesso anche errati.

Di sviluppo somatico deficiente, presentasi con nutrizione molto scaduta, colorito pallido-terreo, con notevoli segni di senilità precoce: rughe, capelli già mezzo canuti. Polso 90 al minuto, piccolo, facilmente compressibile. Soffio anemico ai diversi focolai d'ascoltazione cardiaci, rumore di trottola alle giugulari. Funzioni intestinali buone; è però preceduto un periodo di grave diarrea. Al dorso delle mani, alla faccia, e in parte anche al collo, la pelle è alquanto secca, lucente, più intensamente pigmentata. Cammino disturbato per andatura spastico-paretica; notevole titubazione nella stazione sur un piede; riflessi rotulei, achillei, radiali, bicipitali notevolmente esagerati. Riflessi iridei buoni.

Forza muscolare diminuita. Leggero tremore agli arti superiori, a carattere intenzionale. Ipoestesia tattile; per contro iperestesia dolorifica.

In circa due mesi questo stato, con la cura opportuna (buona alimentazione, arsenico, chinacei) andò considerevolmente attenuandosi, sì da permettere di rimandare la paziente guarita nel 6 agosto.

Da essa abbiamo potuto apprendere che parecchie altre persone ella conosce del suo paesetto, che soffrono la stessa sua malattia alla pelle; sta insomma il fatto che, per una che viene in Manicomio, diverse altre ne esistono, cui la malattia consente la vita libera ma tuttavia tanto seriamente e gravemente minacciata, se non addirittura compromessa.

È da notare intanto la poca tendenza diffusiva che la pellagra ha avuto nel meridionale. Da molti anni essa esiste invero, qua e là, e forse da molto più di quanto noi non ne abbiamo notizia, mentre diversamente triste è la sua cronaca nell'Italia settentrionale, la quale, come sappiamo, in meno di mezzo secolo fu invasa quasi tutta e molto intensamente.

Ma in ciò nessun merito va fatto a coloro che, in tanto tempo, si son succeduti nel governo della cosa pubblica. Ed è piuttosto alle naturali condizioni climatiche poco favorevoli che dobbiamo esser grati di questa limitazione.

Qui infatti, tranne alcuni punti speciali, non è davvero il caso ordinario che il granturco non possa arrivare a completa maturazione, e per lo più la sua conservazione può farsi anche in luoghi sufficientemente asciutti. Queste condizioni sono di fatti quelle che permettono di conservarlo sano, nella maggior parte dei casi, e che quindi limitano il numero dei pellagrosi; e forse anche un poco il minor consumo che qui se ne fa, rispetto all'alta Italia, sebbene non manchino intere famiglie di contadini che, in certe stagioni segnatamente, ne fanno largo e quasi esclusivo uso. Se la teoria di Lombroso, circa il problema etiologico della pellagra, (a parte alcune più dettagliate e recenti conoscenze sugli

agenti che determinano l'alterazione del granturco) avesse bisogno ancora di qualche riprova — cosa che fortunatamente non è più — qui la potrebbe trovare. Infatti, se, da una parte, la buona maturazione del grano e la sua buona conservazione da noi sono, possiamo dire, di regola, d'altro canto si puó anche osservare che tra i contadini soltanto i più miseri, e non raramente le persone che vivono accattando, sono le vittime della malattia: coloro cioè che consumano, o sono obbligati a consumare la farina, e forse più il pane, anche avariati. Così pure vien messo in luce il fatto che gli altri fattori invocati dagli avversari di Lombroso non hanno nulla, o quasi, a vedere con la malattia. La miseria — è noto anche troppo, perchè io abbia bisogno di ricorrere qui a provare la mia asserzione - e il dissesto economico sono più gravi fra noi che non nell'alta Italia, l'emigrazione informi.

Ma ormai, replico, la teoria lombrosiana si è fatta strada fino al Governo. Però, seguendo il destino di tutte le cose umane, che non debbono bene compirsi se non a poco a poco, e dopo molte inutili, dispendiose o anche disastrose prove, e che non si debbono fare buone da principio anche quando si potrebbe: cosa resterebbe a fare a quelli che vengono dopo di noi?, così, pur segnalando con piacere vero che la nuova legge testè passata al Parlamento si informa ai più recenti e sicuri criteri etiologici, che sono ormai dogmi della scienza, pure dobbiamo lamentare che dal lato pratico essa presti il fianco scoperto agli assalti avversari degli interessi privati e della non mai sazia avidità di guadagno di non pochi speculatori. Lombroso ha pure messe in rilievo (1) « alcune mende che sono un avanzo atavico delle vecchie ubbie sulle cause della pellagra », quali, la distribuzione di sale ai pellagrosi poveri, e, ove si parla di alimentazione curativa dei pellagrosi poveri, di una alimentazione azotata e carnea, ma su questo

(1) *Lombroso* — La nuova legge sulla pellagra e la relazione Badaloni (Arch. di Psich. ecc. Vol. XXIII fasc. IV V, 1902).

non c'è in fondo da levar molti lamenti, peccandosi per eccesso, non per difetto.

Ma dove i benefici effetti della legge verranno ad essere (e ci auguriamo sia solo parzialmente), frustrati, e ciò che farà sì che non mancheranno annualmente nuove schiere di pellagrosi ad aggiungersi alla falange di quelli che già da anni lo sono, è la disposizione ove si permette, con autorizzazione del prefetto e di autorità locali, la macinazione e l'utilizzazione e la circolazione del maiz guasto (per gli spiriti, pel bestiame). Nel citato articolo, anche Lombroso fa alti lamenti per tali disposizioni.

Allo stesso congresso pellagrologico italiano, tenuto nel Maggio scorso in Bologna, si discusse animatamente il progetto di legge, dispari essendo i criteri e le opinioni, ma infine « prevalse il concetto che, per quanto la legge non fosse perfetta e avesse delle lacune, pure era desiderabile la sua attuazione, come quella che intanto provvede ai coefficienti più gravi della pellagra » (1). I congressisti non arrivarono tutti a liberarsi dall'incubo dei grandi interessati, ed anzichè tagliar netto, si contentarono di rammendare, meglio che poterono, ma di rammendare.

Debbo per contro ricordare che Antonini, nel suo bel manualetto (2) sulla pellagra, insiste su quella che sarebbe la misura veramente radicale: abolire la coltivazione del granturco. Proposta che studiata nei suoi effetti, e considerata anche nei mezzi di sostituzione di altre culture che sono state indicate da tecnici competenti, finisce non solo di sembrare, come a prima vista parrebbe, un mezzo assurdo, ma si rivela anzi l'unico efficace ed attuabile.

Ma troppi privati interessi di persone potenti si oppongono perchè lo stato possa subito adottarla, e, invocando anche questa volta il calcolo di Spencer (che spiritosamente ricorda il Lombroso), dovranno passar ancora

(1) Rivista sperim. di Freniatria, Vol. XXVIII, Fasc. II-III, p. 399.
(2) *Antonini* - La pellagra (Manuali Hoepli) 1902.

30 anni, prima che tale provvedimento abbia l' onore di essere accettato come l'unico veramente radicale, profezia che, per il bene della nostra patria, speriamo non si avveri. Impensierito di tali grandi ostacoli , ecco perchè infine , anche Antonini « allo scopo di scendere più che sia possibile nel campo della pratica applicazione », si contenta di caldeggiare la limitazione della coltura del granturco nei punti più favorevoli alla sua maturanza , e il risanamento edilizio rurale per la sua buona conservazione. E più avanti , facendo la cronaca della Legislazione, si augura che l' azione della legge sia « piena e completa, e che la sua applicazione non venga frustrata da temperamenti paralizzatori ». Ed ecco che già la nuova legge presenta facili addentellati alle malversazioni degli speculatori.

Del resto, a dire il vero, queste stesse mende sono anche nel progetto di legge proposto dalla Commissione di Udine all' art. 3 e 4, ove si propone che il granturco immaturo o guasto possa essere impiegato a scopi industriali o per l' alimentazione del bestiame , coll' autorizzazione del Prefetto , che l' accorderà colle necessarie garanzie atte ad impedire un uso diverso.

Ora nessun ingenuo vorrà credere che la minaccia del sequestro del grano guasto e le pene ecc. (che richiamano alla memoria le famose *gride* del Manzoni), come la sorveglianza degli Ufficiali sanitari ecc. non offrono che una garanzia molto relativa e discutibile sotto tutti i punti di vista, meno però quello della mala fede tra i funzionari. Evidentemente peró il desiderio di costoro di far bene non basta.

Se anche i funzionari potessero sempre esplicare senza restrizioni di sorta (tanto numerose e molteplici nell' ingranaggio sociale) la loro azione tutelatrice, dovrebbero anche, per lo meno, come Argo, avere cento occhi, sempre vigili e desti. Nè il granturco, e il pane di granturco possono costituire l' unico obbietto della loro attività quotidiana. A troppo molteplici doveri sono essi chiamati. E infatti la giornaliera esperienza della vita ad ogni piè sospinto ci insegna — e dovrebbe insegnarlo ancor meglio ai legislato-

ri — che il buon volere di alcuni e le buone intenzioni degli altri non bastano a vincere il mal talento della speculazione e della cupidigia.

Certo, in presenza di mali gravi e difficilmente curabili, il medico si sente sempre spinto alla *cura radicale*, ma poichè alla pellagra non si è potuto ancora applicarla, forse perché, ad esser pratici, non si può con un tratto di penna o con una legge in un momento cambiar faccia alle cose, almeno senza destar troppo il campo a rumore, cosa non per tutti indifferente, noi dobbiamo riconfortarci nel pensiero che, se pur finì il tempo nel quale un ministro rispondeva ai volenterosi firmatari di un ordine del giorno sulla pellagra « questa è la proposta che viene tutti gli anni dinanzi al Parlamento e che io non posso accettare », tempo verrà che con una ancor meglio intesa legislazione la pellagra possa completamente scomparire dal « bel paese », evitando una quantità di mezzucci più costosi e meno pratici (1). La legge attuale non deve dunque rappresentare che un passo, e sia pure un gran passo, nella lotta contro questo immane flagello, che deve tener di conseguenza sempre deste le energie di tutti i benemeriti i quali già contribuirono a condurre in plaga meno pericolosa la tanto sbattuta navicella. Ed è dovere dei medici segnatamente sempre picchiare e ripicchiare, con non interrotta lena, fino a quando non saranno tutti abbattuti gli ostacoli alla sicura riuscita di un'opera così altamente umanitaria, e che è (caso tanto raro e fortunato) completamente dato agli uomini di poter compire.

---

(1) Mi piace qui riportare alcuni dati risultanti da uno studio statistico del *Dott. Fornasari di Verce* (Quale sia l'estensione dell'endemia pellagrosa in Italia, Policlinico, Roma 1902), fatto per l'anno 1899:
Il numero dei pellagrosi è di 104, 371 (calcolato sui ricoveri nei manicomi); 41, 425 (calcolato sulle morti); 4409 di accolti nei manicomi (statistica della Direzione generale) e di 3836 morti (id.).

L'A. poi calcola il capitale che viene distrutto ogni anno (individui morti), che importa una perdita di *sei* milioni di lire; la spesa pei pellagrosi degenti in ospedali e manicomi, circa *tre* milioni annui.

Questa spesa capitalizzata al 4 0|0 dà 75 milioni di capitale!

CONTRIBUTO

ALLA

TERAPIA PSICHICA DELL' ISTERISMO

con la suggestione allo stato di veglia.

PEL

DOTT. ADOLFO NAVA

Prendo occasione da un caso di paralisi isterica guarito con la suggestione allo stato di veglia per richiamare sempre più l' attenzione sopra questo metodo di cura della nevrosi isterica, che, se bene applicato, dovrà quasi sempre avere gli stessi effetti benefici dello ipnotismo, rimanendo d' altra parte scevro dai danni o inconvenienti di questo.

Si tratta di una donna di famiglia neuropatica: il padre fu affetto sempre da un' irritabilità nervosa, la madre soffrì di convulsioni isteriche e un fratellino morì di meningite. Essa è stata sempre di carattere ipocondriaco, e a ciò vi contribuirono non poco le varie disgrazie subite, massime la morte della madre e della sorella in pochi giorni. Il marito di carattere collerico le inflisse molti maltrattamenti. — A 31 anni subì un forte spavento per aver visto morire una sua bambina sotto una vettura: d' allora ebbe a soffrire più convulsioni in breve periodo di tempo; delle quali guarì, rimanendo però in preda a una pronunziata abulia, poichè era perduto in lei ogni stimolo volitivo in qualunque azione della sua vita. Gradatamente migliorò e

forse sarebbe del tutto guarita, se un nuovo *choc* psichico non avesse determinata la paralisi al braccio sinistro, preceduta da un senso di dolore (la donna stava per essere derubata e istintivamente tirò il detto braccio indietro) — La paralisi sempre della stessa intensità, durava da circa due mesi, flaccida senza ombra di contrattura. Fu diagnosticata come una monoplegia di origine cerebrale. Nessun altro fenomeno.

Dapprima ad onta del momento etiologico, dei precedenti neuropatici e della neurosi isterica in atto, rimasi anch'io in forse sulla diagnosi, però quando con l'esame minuto e ripetuto potetti rilevare un leggero grado di emianestesia, mi convinsi come la monoplegia fosse un'altra delle manifestazioni sopraggiunte alla sindrome isterica preesistente.

E l'esito della cura me lo riaffermò completamente, poichè con grande sorpresa mi vidi l'inferma guarita.

I mezzi adoperati furono dei più semplici. Nel primo giorno obbligai con la massima dolcezza la donna a farmi il racconto minuzioso di tutte le circostanze, di tutti i particolari dell'incidente accadutole, volendo sapere sino in fondo (e di ciò interessavo vivamente l'inferma) impressioni e sensazioni psichiche da lei subite in quei momenti. Poi cercai impormi suggestivamente sul suo stato mentale, persuadendola che oramai allontanate le influenze causali disastrose dei suoi mali, anche il disordine psichico si era andato mano mano dissipando: donde la paralisi sostenuta da quello, di necessità e subito doveva sparire. Accompagnai ciò con movimenti passivi impressi per pochi istanti sul braccio quasi dimostrandole che i movimenti si eseguivano ottimamente.

Ripetetti tutto questo in un secondo, e poi in un terzo giorno, dopo di che l'inferma guarì completamente.

La terapia psichica, che in tal caso riuscì così brillantemente, ebbe lo scopo precipuo di stimolare e di ravvivare nei centri motori corticali inibiti dall' idea fissa d' impotenza motrice il ricordo dei movimenti funzionalmente perduti nel braccio. L' esito, tranne eccezioni, non è a credere che sia sempre così rapido, anzi in generale richiede tempo, pazienza e perseveranza sopratutto da parte del medico (gl' infermi vi si prestano per lo più volentieri, essendo noto il loro sollievo nel trattenersi a lungo a discorrere col medico); poichè per ristabilire il disturbo psichico e quindi il fatto somatico, quando esiste, in sostanza bisogna procedere per mezzo di un allenamento mentale lento e progressivo.

Così ho visto guarire altri isterici, fra cui di quelli col grande attacco, altri con forme malinconiche, senza essere mai ricorso alla suggestione ipnotica. Indubbiamente vi hanno delle forme ribelli, nelle quali il soggetto spesso sfugge allo sforzo indagativo del medico, divaga e indarno gli si può richiamare l' attenzione, dove è necessario. In tali casi quasi sempre riesce negativa anche la ipnosi.

Questa credo che non sia oramai più consigliabile e fortunatamente vedo che va perdendo sempre terreno: la storia della medicina registra parecchi casi di tentativi d' ipnotizzazione, in cui invece di riuscire mezzo curativo, questa è stata cagione di forme gravi d' isterismo, come delirii, stati maniaci, ecc.— Il minor danno, che ne proverrebbe è quello di far perdere ogni individualità, rendendo così schiavo un uomo alla volontà di un altro, e scuotendone il sistema nervoso.

La Scuola di Nancy dice che la ipnosi si pratica meglio negli individui sani e robusti, esenti da sintomi neuropatici, in guisa che i neurastenici ne sarebbero quasi refrattari; ammesso che ciò sia, si adopera

questo mezzo terapeutico sopratutto negli isterici, cioè in soggetti a sistema nervoso psichicamente alterato. Ed allora è della massima evidenza che la ipnosi debba per lo meno esagerare un perturbamento più o meno preesistente nel cervello, il quale invece ha bisogno di riposo.

Del resto le norme proclamate dal Pitres, che cioè si devono addormentare ammalati perfettamente consenzienti e che la prima idea di questa pratica bisogna che parta da loro stessi, già ci mette in guardia a usare di rado della ipnosi; poichè generalmente gli infermi vi si ribellano e difficilmente vi s'assoggettano nella persuazione che v' abbia qualche cosa di misterioso e di stregoneria: se pure non si voglia tener conto delle persone esageratamente religiose, alle quali le pratiche sancite dai preti inibiscono tale mezzo, come quello che ha tentato di spiegare scientificamente i varii miracoli compiuti dai santi.

La suggestione alle stato di veglia, quando si pratica bene, pazientemente, accaparrandosi la fiducia dell' infermo (condizione richiesta del resto anche nel sonno ipnotico) riesce spessissimo in casi in cui la ipnosi è riescita negativa. Ricordo all' uopo i due infermi di Charcot, menzionati nelle Lezioni del 1887, nei quali le pratiche ipnotiche riescirono perfettamente inutili, e nei quali la cura psichica rafforzata con ginnastica suggestiva ebbe risultati positivi.

Il Belfiore nel 1890 pubblicò la storia di un caso grave d' isterismo guarito con la suggestione allo stato di veglia, oltre altri casi di minore intensità, in alcuni dei quali, come sussidiario adoperò il mezzo suggestivo della calamita; mentre la ipnosi non fece nulla.

Il Bernheim nel Congresso Psicologico di Parigi del 1900 parla di un individuo isterico ch' egli fu costret-

to a condurre sul posto, dove accadde l'accidente causale della malattia, per poter revocare in tutto e per tutto nei centri psichici l'idea fissa che presiedette i fenomeni isterici; e così potette ottenere la guarigione.

Il Luzenberger già da vari anni pratica a preferenza nella grande nevrosi questa cura con un'analisi psichica minuta, come accennò in una nota terapeutica degli Annali di Elettricità Medica e Terapia fisica. E altri ancora citano successi avuti con detta terapia.

Non è più da discutere dunque sulla precedenza di questa cura nell'isterismo di fronte a tutte le altre sinora praticate; è una terapia razionale, avente per base la reintegrazione psichica dell'individuo, tenuto presente il concetto moderno che si ha oggi della nevrosi in parola.

Sarebbe impossibile volere dare delle idee precise sulle modalità di questa terapia, dappoichè sappiamo come infinite sono le influenze patogenetiche dello isterismo, a seconda delle quali l'occhio esperto e sagace del clinico dovrà essere guidato per potere usare questo o quel mezzo; necessita uno studio serio del carattere dell'infermo e dei lati deboli della sua intelligenza. Si ha così una cura direi quasi individualizzata.

In massima si agisce o con la imposizione immediata di dire all'ammalato che al suo cenno tutto sarà svanito (e questo è un mezzo antichissimo, che in singoli casi è davvero efficace; ma che bisogna mettere in esecuzione sol quando si ha la massima probabilità di riuscita, per non perdere a un tratto la fiducia dell'infermo e quindi la possibilità di adoperare altri mezzi). Ovvero bisogna agire col metodo della persuasione dolce, minuta e paziente, e questo di solito è il più efficace.

Certo i casi, in cui il medico arriva a conoscere la causa che ha presieduto lo scoppio della malattia e po-

terla così far scomparire o modificare, sono quelli più facilmente che si giovano di detta cura.

Insisto, nella conclusione di questo mio modesto lavoro, a pregare i cultori di nevropatologia di volere con fiducia attuare questa cura della suggestione allo stato di veglia in tutti i casi d' isterismo; poichè il più delle volte si verrà a scovrire il vero momento fattore del quadro fenomenico, e conseguentemente si vedranno sparire presto o tardi sintomi refrattari a ogni altro tentativo di cura.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. **Domenico Ventra**

SUL RIFLESSO SCAPOLO-OMERALE

PEL

DOTT. G. ESPOSITO

È troppo nota l'importanza dei riflessi in neuropatologia, perchè la ricerca di sempre nuovi tra essi e lo studio accurato delle loro modalità si giustifichi da sè. Così fin da quando il Bechterew descrisse (1), col nome di scapolo-omerale, un riflesso da lui osservato nell'arto superiore, mi parve di qualche interesse intraprenderne lo studio. Tanto più che un carattere importantissimo di esso sarebbe stato, secondo Bechterew, la sua costanza. È noto infatti che mentre per gli arti inferiori, e corrispondentemente per le sezioni inferiori del midollo spinale, i riflessi abbondano, ed alcuni hanno l'altissimo valore di essere quasi assolutamente costanti in condizioni normali, per gli arti superiori invece, e per i segmenti superiori del midollo, se sono anche numerosi (radiale, ulnare, bicipitale, tricipitale, volare), sono però poco evidenti e spesso anche completamente mancanti.

Secondo il Bechterew, per provocare il riflesso, bisogna percuotere col martellino sul margine mediano della scapola, al di sotto dell'angolo interno di essa; più evidente però si ottiene percuotendo il margine interno della scapola, in vicinanza dell'angolo inferiore.

Nelle mie prime ricerche, eseguite nella Clinica psichia-

(1) Bechterew — Ueber den Scapulo - Humeral - Reflex (Neurol. Centralb. 1 März 1900).

trica di Catania (1), io potei esaminare 55 persone, di cui 10 assolutamente normali, 3 con malattie nervose diverse e 42 pazzi.

Nelle 10 persone sane lo trovai esistente in tutte, bilateralmente, e senza differenza dai due lati.

I 42 pazzi comprendevano: 32 casi di demenza secondaria, 4 di imbecillità, 4 di paranoia, 1 di lipemania, 1 di pazzia epilettica. Tra i dementi (in cui in genere l'eccitabilità riflessa è esagerata), trovai il riflesso normale 14 volte, aumentato 10 volte, diminuito 6; dubbio in due casi, in cui per l'adiposità dei soggetti non potei ben provocarlo. Dei 4 imbecilli era normale in 2, aumentato in 1, diminuito in 1. I 4 paranoici diedero 2 normale, 2 aumento. Nell'unico lipemaniaco era diminuito. Vivace lo riscontrai nel pazzo epilettico.

In un caso di tumore (probabilmente tubercolo) del peduncolo cerebrale destro, il riflesso, quasi abbozzato a destra, era invece vivace a sinistra, ove il movimento si propagava anche al braccio, come leggera estensione.

In un caso di polioencefalomielite, il riflesso esisteva a destra, leggermente indebolito: era invece debolissimo a sinistra, ove l'atrofia muscolare era più avanzata.

In un caso di emiplegia spastica infantile il riflesso era esagerato a destra, ove aveva sede l'emiplegia.

Le 55 persone esaminate mi diedero agio di vedere che su tal numero, solo due volte si mostrò dubbia la presenza del riflesso, per l'eccessivo sviluppo di adipe che impediva di manovrar bene col martellino, in tutti gli altri casi fu sempre assolutamente costante bilateralmente. Tra questi degno di nota un caso in cui la contrazione muscolare si estese anche all'altro lato (demenza consecutiva, con vivacità generale dei riflessi), un altro caso (paranoia

---

(1) Mi è gradito dovere ringraziarne il mio illustre Maestro, Prof. d'Abundo, direttore della Clinica, per avermi permesso di utilizzarne il materiale.

a forma sensoriale), in cui si ebbe anche flessione dell' avambraccio sul braccio; quattro casi in cui fu più evidente a sinistra. Esclusi i casi di malattie nervose nei soggetti, mai lo rinvenni più vivace a destra.

Questi primi risultati furono da me comunicati verbalmente all' Accademia medico - chirurgica universitaria di Catania, nella seduta del mese di Luglio 1900, e un breve resoconto ne venne publicato nella « Rassegna Intern. della Med. mod. » Anno 1900 N°. 16.

Promisi allora di continuare le ricerche, sembrandomi di una certa importanza i risultati ottenuti, per quanto fosse piccolo il numero dei casi esaminati; ma un cumulo di circostanze me ne distrassero poi completamente. Ora avendo visto che l' argomento ha destato anche altrove interessamento, e che una discussione si è impegnata su di esso, riguardante appunto questioni cui io avevo già accennato nella mia comunicazione (frequenza e natura del riflesso), mi parve opera non forse inutile esumare le mie prime ricerche e ulteriormente svilupparle.

E passando anzitutto ad occuparmi della frequenza di questo riflesso, ho esaminato ancora 157 persone , tra cui 22 sane assolutamente e 135 pazze, ricoverate dal Gennaio a tutto Settembre nel Manicomio di Nocera.

Nelle 22 persone sane l' ho trovato sempre normale ed uguale dai due lati; solo in un caso si mostrava molto debole, bilateralmente.

Le 135 pazze presentarono, circa alla presenza e alle modalità del riflesso, la seguente statistica:

Confusione mentale 11 casi , di cui in 10 normale, in 1 negativo.

Frenosi sensoria casi 12: (7 volte normale , 4 vivace, 1 diminuito).

Demenza precoce 5 casi ; di cui normale in 3 , indebolito in 1, esagerato in 1.

Demenza paralitica (?) 1 caso, normale.

Melancolia 15 casi ; di cui diminuito 10 volte , normale 4 volte, dubbio 1.

Demenza senile 9 casi: esagerato in 4, diminuito in 1, normale in 2, non si potè constatare in 2, non prestandosi i soggetti (demenza senile agitata).

Frenosi maniaco-depressiva casi 28: di cui in istato depressivo 3 (normale 2 volte, vivace 1); in istato maniaco 7 (4 volte esagerato, 8 normale); forme periodiche e circolari 18 (esagerato 9 volte, normale 3, 2 leggermente indebolito, 3 dubbio, non prestandosi i soggetti, 1 negativo).

Paranoia casi 3 (normale).

Frenosi epilettica 5 (3 vivaci, 2 normale).

Frenosi isterica casi 8: (3 normale 5 aumentato).

Nevrastenia 2 (vivace in 1, in 1 vivacissimo, con leggera estensione del braccio e propagazione all'altro lato).

Pazzia morale 1 (normale).

Demenza consecutiva 18 casi, di cui in 11 aumentato, in 6 normale, in 1 non si potè provocare, causa la eccessiva adiposità della paziente).

Idiotismo 3 casi (1 normale, 2 non si prestano).

Imbecillità 12 casi (9 normale, 2 leggermente esagerato, 1 difficile ad ottenere e poco accentuato).

Frenosi pellagrosa 1 caso (aumentato).

Emiplegia spastica infantile 1 caso (riflesso notevolmente esagerato al lato sinistro, come tutti i riflessi di questo lato — ove esiste la paralisi — in confronto dell'altro lato, ove del resto il riflesso è pure alquanto vivace.

Riassumendo ora le prime e le nuove ricerche, emergono i seguenti fatti:

1° Su 32 persone sane di ambo i sessi, il riflesso non fu trovato mai mancate, ma solo una volta debole (3,12 o|o), e uguale bilateralmente.

2° Su 42 pazzi prima esaminati il riflesso ugualmente non mancò mai, e fu normale 18 volte, esagerato 14 volte, indebolito 8 volte, dubbio 2 volte (4,76 o|o).

3° Su 134 pazze fu mancante solo 2 volte (1,49 o|o), normale 60 volte, vivace 47 volte, debole 16, dubbio 9 volte (tra cui 7 volte non si potè provarlo, dato lo stato

mentale dei soggetti, e quindi la relativa percentuale cade a 1,49).

E, riunendo i dati, su 176 malati di mente si ebbe: mancanza 2 volte (1,13 0|0); normale 78 volte; esagerato 61 volte; indebolito 24 volte, dubbio 11, risp. 4 (2.27 0|0).

Ho potuto constatare talora (3 o 4 volte) una certa differenza dai due lati, ma avuto riguardo al materiale servitòmi da studio, credo meglio non tenerne conto.

4° In malati di sistema nervoso (5, compresa la pellagrosa), le modificazioni del riflesso corrisposero a quelle degli altri riflessi tendinei, e secondo le note leggi patologiche.

Volendo ora instituire, sui risultati ottenuti, un utile confronto con altri riflessi ben noti e studiati da tempo, sento il dovere di dichiarare anzitutto che ritengo giusto prender semplicemente in considerazione le percentuali riferibili alla mancanza o alla dubbiezza del riflesso in parola (le sole che ho calcolato) , tralasciando quelle che riguardano la esagerazione o l'indebolimento, variazioni spesso legate allo stato fisico e psichico dei soggetti da me utilizzati.

Io non ho, dopo questo, che a riportare alcuni dati riguardanti la frequenza del riflesso rotuleo, quali risultarono dalle ricerche largamente eseguite, prima di accettarlo come il più costante tra tutti i riflessi tendinei conosciuti, perchè dal confronto statistico emerga la importanza e il significato da attribuire al nuovo riflesso dell'arto superiore.

Bannister (1) diede il riflesso rotuleo mancante due volte su 36 casi (5,55 0|0); Eulemburg (2) nove volte su 24 (4,20 0|0); Bloch (3) cinque volte su 694 (0,72 0|0); Pelizaeus (4) infine cinqne volte dubbio su 2403 casi esaminati (0,20 0|0).

Da queste cifre apprendiamo anzitutto a non maravigliarci

(1) Chicago Journal of nervous and mental disease 1878 oct.
(2) Deutsche Zeitschr. f. pr. Med. 1878
(3) Arch. f. Psych. und Nervenk. (anal. in Arch. de Neurol. 1881).
(4) Citato da Raymond, pag. 206.

di possibili risultati notevolmente discrepanti ottenuti da autori diversi, e dovuti principalmente alle diverse condizioni in cui essi si son messi e alla tecnica più o meno esatta seguita, non essendo sempre cosa facile provocar bene i riflessi tendinei, e metter la persona esaminata nelle condizioni più favorevoli alla riuscita del fenomeno.

Se poi, in riscontro anche alle minime percentuali di mancanza o di dubbiezza del riflesso rotuleo (0,72 e 0,20 o|o), mettiamo quelle riguardanti il riflesso scapolo-omerale : mai mancante su 32 persone sane , e su 176 malati di mente mancante nell' 1,13 o|o dei casi , dubbio nel 2,27 o|o; se per di più, vogliamo pensare alla nota incostanza e alla poca evidenza degli altri riflessi appartenenti all' arto superiore, facilmente dobbiamo convenire nell' attribuire un grande valore a questo riflesso, che rappresenta attualmente e fino ad evidente prova in contrario, il reattivo più sicuro per saggiare la recettività riflessa delle porzioni superiori del midollo spinale.

In opposizione ai miei risultati e alle mie conclusioni su le più antiche e su le nuove ricerche, trovo i dati ricavati da Haenel (1) in uno studio di controllo, intrapreso in seguito alla comunicazione del Bechterew.

Haenel esaminò a questo scopo 120 malati comuni, escludendo i casi di malattie nervose, ed ottenne il riflesso solo nel 43,4 o|o dei casi, mentre potè provocare il riflesso tricipitale nell' 80 o|o, il radiale nel 79,1 o|o e il bicipitale nel 68.2 o|o. Da ciò concluse che il riflesso scapolo-omerale non prometteva di acquistare importanza per la diagnosi di processi morbosi dell' arto superiore; esso infatti era indebolito o mancante laddove gli altri riflessi erano notevolmente vivaci, e quando esisteva, era così debole che un ulteriore indebolimento non sarebbe stato diagnosticabile.

(1) H. Haenel — Ueber den Scapulo — Humeral - Reflex (Neuro. Centralb' Nr. 9, 1900).

In caso di esagerazione riflessa, lo trovò anche partecipare al processo; e in un caso potè osservare la propagazione anche all'altro lato. E perchè lo trovò anche tre volte ineguale dai due lati, senza alcuna ragione sufficiente, ritiene pure che come segno patologico non sia molto sicuro.

Una critica dei risultati di Haenel la fece tosto, di rimando, il Bechterew (1).

Egli osserva anzitutto come Haenel gli abbia fatto dire, inesattamente, che il riflesso sia più evidente percuotendo all'angolo inferiore della scapola, mentre egli scrisse al margine interno della scapola, in vicinanza dell'angolo inferiore, e così spiega come Haenel, percuotendo l'angolo inferiore, eccita i fasci superiori del gran dorsale, ed ottiene un movimento diverso — torsione in dentro (Einwärtsdrehung), invece dell'adduzione e rotazione interna da lui segnalata, e una percentuale di costanza tanto diversa dalla sua.

Critica ancora il materiale di esperimento, non essendo detto che dei malati che non siano colpiti da affezioni nervose debbano avere i riflessi inalterati, come le persone sane, e tanto meno che li abbiano eguali dai due lati.

In seguito, altre ricerche vennero, sulla costanza del riflesso, eseguite da Steinhausen (2). Egli disponeva di un materiale adatto, avendo esaminati 300 soldati sani. Ma le conclusioni del suo studio sono in parte passibili delle stesse obiezioni fatte ad Haenel, poichè anche Steinhausen andava a percuotere *sul punto in cui la spina della scapola si stacca dal margine mediale di essa*, ritenendo l'A. che in qualunque altro punto si percuota non si ottiene che irritazione della sostanza muscolare, e specialmente quando

(1) Bechterew — Ueber die Bedeutung des Scapulo-Humeralreflex (Neurol. Centralb. 1900. Nr. 22).

(2) Steinhausen — Ueber den Scapula-Periostreflex (Neurol. Centralb. 1901 Nr. 11)

si sceglie l' angolo scapolare inferiore. Di più, nella sua comunicazione, non trovo nessuna percentuale che si riferisca al movimento determinato dalla contrazione dei muscoli sotto-spinoso e piccolo rotondo, mentre l' A. ci parla della contrazione del *deltoide*, che è data nel sano come *assolutamente costante*, sebbene ora più ora meno vivace e ora (12 o|o) disuguale dai due lati. Da tutto ciò parmi giustificato concludere che nessun contributo viene da queste ricerche alla dimostrazione del riflesso scapolo-omerale, quale fu descritto ed inteso da Bechterew.

Invece io debbo dire che in base ai miei risultati, sono esatte le conclusioni dell' autore russo.

La designazione dal punto di percussione data dal Bechterew è esattissima: margine interno della scapola, in vicinanza dell' angolo inferiore. Il movimento che si ottiene è l' adduzione dell' omero e spesso anche una leggera rotazione all' esterno (mm. sottospinoso e piccolo rotondo) talora, ma non di frequente, l' abduzione del braccio e una leggera flessione dell' avambraccio sul braccio (mm. deltoide e flessori dell' avambraccio, segnatamente il bicipite).

La percentuale di frequenza da me ottenuta è lì a dimostrare il valore del riflesso, e se il materiale delle mie ricerche è anche esso incriminabile nel senso che non riguarda, per la più parte, persone sane, io ho avuto pure la precauzione di segnare, accanto ad ogni individuo esaminato, la diagnosi della malattia mentale, sì da renderne meglio valutabile il singolo valore in ogni caso.

Un' altra questione, non meno dibattuta, è quella riguardante la natura di questo riflesso.

Sin dal tempo delle mie prime ricerche, basandomi sui dati anatomo-topografici della regione, io giudicai il riflesso come di origine fasciale o periostea. Bechterew in verità non si era pronunziato affatto su ciò, ritenendo tale discussione — come dopo ebbe a dire — di valore più teorico che pratico. Ma poichè, posteriormente, la questione è surta e si è dibattuta, non sarà superfluo che, coi necessari

richiami anatomici, io passi ad esporre le ragioni che mi avevano già fatto pronunziare sulla natura fasciale o periostea del fenomeno.

La fossa sottospinosa, oltre i comuni tegumenti, presenta: *a*) uno strato muscolare formato dal margine posteriore del deltoide in avanti, da una piccolissima porzione del trapezio all' indietro e dal gran dorsale in basso; *b*) l' aponevrosi sottospinosa; *c*) i muscoli sottospinoso, grande e piccolo rotondo; *d*) lo scheletro. Le fibre muscolari dello strato profondo non si inseriscono solamente sopra un punto limitato della scapola, ma su tutta la superficie dell' osso e su le rugosità che vi si trovano, lasciando libero soltanto — specialmente per quanto riguarda l' inserzione del sottospinoso — il bordo esterno e la faccia posteriore dell' angolo scapolare inferiore. La fascia sottospinosa, molto fortemente tesa, grazie alle sue inserzioni al margine interno e alla spina della scapola, è in certi punti aponevrotica, e queste porzioni aponevrotiche si continuano in parte col tendine d' origine del deltoide. Essa contrae anche immediati rapporti col muscolo sottospinoso, che ricopre (Tillaux).

Da qui si vede anzitutto quanto si dimostri anatomicamente erronea l'affermazione dianzi citata di Steinhausen, che percotendo su qualunque punto del margine scapolare, tranne ove la spina della scapola si stacca dal margine mediale di essa, e specialmente picchiando sull' angolo scapolare inferiore, non si ottiene che irritazione della sostanza muscolare. Ora questa, quando mai, sarebbe la sostanza muscolare dello strato superficiale (deltoide, trapezio, gran dorsale), che non ha nulla a vedere col riflesso di cui è questione. E ciò spiega anche perchè il detto autore parla di contrazione del *deltoide* e nient' altro.

Questa base anatomica ci permette anzi di stabilire che la percussione, sul margine interno della scapola in vicinanza dell' angolo inferiore , riesce per lo più ad evitare le fibre del gran dorsale, e può interessare in minima parte quelle del trapezio, mentre dello strato muscolare profondo può

stimolare forse le prime fibre d'origine del sottospinoso (poichè esse lasciano libero alquanto il margine scapolare) e certamente cade sulla fascia sottospinosa e sul periostio. Di queste asserzioni è facile convincersi gettando l'occhio su qualunque figura di un trattato di anatomia, ma riesce anche meglio cerziorarsi, come io ho fatto, sur una ben eseguita preparazione anatomica.

Non è ad ogni modo completamente fuor di luogo discutere se non si abbia qui a trattare della eccitabilità meccanica diretta del muscolo. Lasciando anche da parte la considerazione che più facilmente questa eccitabilità riguarderebbe gli ultimi fascetti muscolari del trapezio, o anche i fascetti superiori del gran dorsale — nel qual caso diverso dovrebbe essere il movimento provocato — altro ordine di idee mi conduce a scartare tale supposizione. Effettivamente, se è vero che la eccitabilità meccanica del muscolo si rivela con una breve ed energica contrazione, non si devono, nel caso speciale, dimenticare altre circostanze di fatto. L'osservazione che la contrazione è più energica quando si percuote precisamente sul punto in cui il nervo penetra nel muscolo, fece giudicare il fenomeno come un eccitamento meccanico dei rami muscolari del nervo, per cui esso si chiamò anche *riflesso neuro-muscolare*. Ora l'eccitamento di poche fibre marginali di muscoli enormemente sviluppati in superficie e pochissimo spessi, come sono il trapezio e il gran dorsale, ed anche l'eccitamento di scarse e tenui fibre del sottospinoso, anch'esso, segnatamente in vicinanza del margine interno scapolare, molto sviluppato in larghezza e poco in profondità, non sarebbe certamente favorevole a dare il maggior effetto utile di contrazione, manifestantesi con un distinto movimento dell'omero. E per giunta poi è noto che non pochi autori ritengono l'eccitabilità meccanica muscolare come un vero riflesso, determinato dallo stimolo della fascia soprastante al muscolo. Che difatti siamo in presenza di un vero riflesso è poi irrefutabilmente dimostrato dal fatto che non raramente si è potu-

to notare (io stesso parecchie volte l'ho ottenuto, come avanti è stato detto, ed anche una volta Haenel) la propagazione della contrazione a muscoli più lontani, e fin'anco la estensione all'altro lato.

Tanto meno parmi poi opportuno insistere sulla contrazione idiomuscolare, della quale basta ricordare la caratteristica di mostrarsi circoscritta, formando una bozza, e di sciogliersi lentamente.

É allora un riflesso fasciale o periosteo? La distinzione è praticamente inutile e anatomicamente anche impossibile, riferendosi essa al punto in cui la fascia sottospinosa prende inserzione, là dove cioè si fonde al periostio, che come è noto dall'anatomia, in questi punti anche si modifica.

Fasciale o periosteo che sia, adunque, il fatto positivo è che questo riflesso è perfettamente assimilabile ai riflessi tendinei, essendo noto che le fasce non sono già « organi » distinti (Gegenbaur), ma che il loro differenziamento è determinato da condizioni meccaniche, per cui spesso si trasformano in aponevrosi (come fanno i tendini lunghi di alcuni muscoli), e spesso anche danno inserzione a muscoli o parti di muscoli. E così, per la fascia sottospinosa, è noto che essa si mette in connessione col sistema muscolare sottostante, diventando equivalente, in parte, a un tendine d'origine.

Dopo quanto ho detto, a me non resta che riferire le parole di Haenel (1), con cui si sforza di dimostrare che il movimento è dovuto non ad una contrazione riflessa, ma ad eccitabilità meccanica della sostanza muscolare, per dimostrarne la erroneità. Del resto, tra le diverse affermazioni che egli fa, il lettore, dopo quanto precede, può facilmente trovarne che depongono contrariamente alle conclusioni ricavatene ed in favore della natura riflessa del fenomeno in esame.

---

(1) *Haenel* — Ueber den Scapulo — Humeralreflex l. c.

« Può trattarsi di un riflesso periosteo » dice il citato autore, « essendosi osservata la sua estensione al deltoide e al bicipite, poichè solo in quello si può avere una tale contrazione riflessa in gruppi muscolari lontani dal punto eccitato, se si fa astrazione dai riflessi cutanei. L'adduzione del braccio ed a volte la leggera rotazione esterna (m. infraspinato e probabilmente piccolo rotondo) potrebbe piuttosto deporre per la natura tendinea del riflesso; tuttavia è necessario por mente qui alle condizioni anatomiche. Effettivamente, il muscolo infraspinato non ha un tendine d'origine, ma le fibre muscolari si inseriscono direttamente al periostio e fino al margine interno della scapola, così che il margine non coperto dalla muscolatura è largo appena mezzo centimetro. All'angolo inferiore . . . non c'è superficialmente tessuto periosteo, nè tendineo, e l'osso vien ricoperto dalle fibre più alte, decorrenti orizzontalmente del m. latissimus dorsi. Se si cerca ora di provocare nel modo ricordato il riflesso, si ottiene spesso infatti un movimento del braccio, che corrisponde a quello descritto, ma ci si può facilmente persuadere, e più in individui magri, che si tratta di eccitabilità meccanica della sostanza muscolare ».

Si comprende facilmente come B e c h t e r e w ebbe buon giuoco a dimostrare la inesattezza di queste affermazioni. Nella replica che egli fece, mise in evidenza il fatto che appunto il restare il margine osseo scapolare per mezzo centimetro nudo da inserzioni muscolari dimostra l'origine periostea del riflesso. Che se poi anche la percursione del muscolo all'esterno del margine mediale provoca un movimento analogo, ciò deve attribuirsi sempre al fatto che il periostio viene anche meccanicamente irritato, sì che riflesso periosteo e muscolare assumono la stessa forma.

Da parte mia credo poi esser più vero che in tal caso l'eccitazione può riguardare tanto il periostio, che la fascia sottospinosa, come ho precedentemente detto. Del resto, anche S t e i n h a u s e n crede il riflesso di origine periostea, sebbene, non essendosi egli attenuto al punto indicato da B e c h-

terew per far la percussione, è probabile che abbia ottenuto un diverso movimento riflesso.

In ogni caso, da tutto ciò parmi emerga che lungo tutto il margine mediale della scapola esiste una importante zona riflessogena, di cui il punto di maggiore intensità, più preciso e che dà migliori e più costanti risultati è quello indicato primamente dal Bechterew. E ritengo che ogni qualvolta il clinico abbia bisogno di rendersi conto della recettività riflessa del rigonfiamento cervicale del midollo (n. soprascapolare e circonflesso, V e VI paio cervicale), può con molta sicurezza interrogare questo riflesso, che allo stato attuale è molto probabilmente il più costante tra tutti quelli dell' arto superiore.

RIVISTE

N. Rodrigues — La Folie des Foules, ecc. [*Extrait des Annales médico-psychologiques, Janvier à Août, 1901*].

L'A., professore di medicina legale all'Università di Bahia, che in studii precedenti si è occupato dell'animismo feticista dei negri di Bahia e di epidemie di follia religiosa al Brasile, in questo importante studio coordina vecchie e nuove osservazioni, allo scopo di porre in luce *l'elemento morboso* dei fenomeni psicologici collettivi: elemento trascurato finora da varî studiosi di questa complessa materia.

L'A. fa osservare non essere perfettamente esatta la sentenza del Tarde e del Sighele; che l'alienato di mente sia individuo isolato del tutto, e per nulla possa entrare in comunione socievole con gli altri uomini — In verità anch'io nei miei studii psicopatologici sono venuto alla istessa affermazione. Veggo però, dopo la lettura di questa importante monografia del Rodrigues, che la idea giova sia formulata di nuovo ed adattata ad un complesso di altri fatti, finora da me non visti in giusta luce. Specialmente nelle forme sociali inferiori (folla, orda), alcuni alienati di mente speciali possono determinare un furore di proselitismo, propagando a moltissimi predisposti alcune idee e stati d'animo morbosi. In verità già molti alienisti e scrittori francesi e nostrani avevano studiate, o descritte soltanto, queste forme sociali (direi) della follia; ma il nostro A. ha sistemato la complessa materia, incominciando dal ricordare con opportuni esempii la follia *imposta* o *comunicata* fra due individui, poi quella *famigliare*, ed infine quelle larghe *epidemie religiose,* svoltesi a Canudos e presso Pernambuco nel Brasile, e su cui egli ha avuto l'opportunità di raccogliere molte osservazioni.

L'A. mette in luce le forme particolari di disordine psichico, a cui vanno soggetti tali individui; determina i limiti, fin dove giunge la suggestione in simili casi, e gli ulteriori fenomeni morbosi, che i componenti la folla raggiungono per condizioni biologiche individuali, o provocate dall'ambiente psicosociale collettivo.

Egli chiude la sua trattazione con uno sguardo all' aspetto medico-legale dell' argomento; dimostrando che, pur riconoscendo la colpabilità (se ne hanno) dei capi nel suscitare tali follie epidemiche, pur tenendo conto dell' elemento criminale originario di molti componenti la folla delirante (elemento da me posto in luce negli alienati di mente; ciò nonostante i capi non possono essere estimati responsabili di tutti gli atti, a cui la folla delirante si abbandona; nè *l' elemento criminale* di molti di essi componenti può considerarsi diviso dall' *elemento morboso* dominatore, dalla follia che tutti conturba, e fa di quei subiti delinquenti una massa di irresponsabili.

Del Greco.

N. Rodrigues — Atavisme Psychique et Paranoia — *Extrait des Archives d' Antropologie Criminelle ecc. Lyon-Paris.*

L' A., continuando i suoi studii sulla delinquenza dei negri di Bahia, ha inteso la necessità di studiarne gli aspetti psicopatologici, e specialmente il modo come si presenta nei negri la *paranoia*. Egli fa precedere un tale studio (che siamo desiderosissimi di consultare) da una discussione preliminare intorno alla paranoia ed alle sue teorie psicologiche, esponendo quella che gli sembra possa accettarsi (più o meno modificata) dopo la indagine da lui fatta sugl' individui in parola.

Il Rodrigues incomincia dall' esporre la teoria del Tanzi sulla paranoia, il modo come questo Autore intende l' atavismo: e pur riconoscendo i meriti del Tanzi ed il contributo da esso portato al difficile argomento, dimostra la sostanziale erroneità di una simile teoria. La dimostrazione di tale asserto mi sembra piena ed esauriente.

L' atavismo nella paranoia bisogna intenderlo, non come reviviscenza di antiche idee nel complesso mentale presente; bensì come abbassamento di tipo psicologico, per cui l' alienato di mente nel carattere e nella mente riproduce un pregrosso modo di conoscere e reagire.

Il Rodrigues accoglie le idee psicologiche della *disgregazione*, sviluppate da insigni psicologi ed alienisti francesi, e segue poscia la mia teoria della paranoia, che, partendo da quella

della disgregazione, la completa specificamente, studiandosi di distinguere tale forma psicopatica dalle altre degenerazioni umane.

Il chiaro A. fa, per incidente, osservare, che la mia veduta non è definitiva, specialmente nei rapporti che insistono fra delirio sensoriale e paranoia, e deve accettarsi provvisoriamente. Così dicendo, egli colpisce nel segno.

Infatti già su alcuni punti della questione ho mutato avviso dietro ulteriori osservazioni e meditazioni; e mi propongo di tornarvi su, appena avrò tutto meglio maturato. Ciò, conservando le induzioni fondamentali, raccolte man mano nei precedenti studii — Colgo questa occasione per ringraziare il valoroso Autore della benevolenza, con cui si è volto alla disamina delle mie qualsiasi fatiche.

Del Greco.

Ford Robertson — THE ROLE OF TOXIC ACTION IN THE PATHOGENESIS OF INSANITY. (British Medical Journal, October 1901).

L'influenza che gli agenti tossici esercitano sullo sviluppo dei morbi psichici rappresenta oggi il più importante fra tutti i problemi della patologia mentale. L'A. in questa relazione espone brevemente le conclusioni che si possono dedurre dai fatti finora bene assodati.

a) I fattori dei processi psichici normali sono tre: 1° la integrità degli elementi anatomici (neuroni corticali) 2° una continua e conveniente nutrizione di essi: 3° gl'impulsi sensitivi che impressionano gli elementi anatomici dal primo periodo della vita. Ciascuno di questi tre fattori essendo indispensabile per la manifestazione normale dei processi mentali ne segue che un disturbo psichico può dipendere sopratutto dall'alterazione di uno di essi.

b) Importanza delle alterazioni dei neuroni corticali. Dato che essi sieno originariamente normali, un disturbo funzionale manifestato da essi deve dipendere da una forza patogenetica proveniente dall'esterno. In alcuni casi la pazzia dipende da un difetto insito dell'organizzazione cerebrale, in altri invece insorge per cause esterne al neurone; su tale fatto deve basarsi la prima grande divisione di una classifica dei morbi mentali fatta dal punto di vista patogenetico.

La integrità degli elementi anatomici può anche essere lesa dall'azione diretta di agenti fisici (calore, elettricità, forza meccanica ecc.): l'azione indiretta di tali agenti (per es. il raffreddamento generale del corpo) è di natura del tutto diversa, alterando il sistema nervoso per tossiemia. Da ultimo l'integrità degli elementi anatomici può venir lesa in modo secondario per non conveniente nutrizione di essi o come risultato di alcuni impulsi sensitivi.

c) *Impulsi sensitivi.* È noto che un intenso dolore può determinare un accesso psicopatico e che in alcuni casi il disturbo mentale sembra dipendere dalla privazione dell'uso di uno o più sensi specifici. Tali stati possono determinare un disordine nella funzione dei neuroni corticali, ma è necessario sempre un fattore etiologico. Questi casi, benchè rari, sono un esempio della parte importante che hanno gl'impulsi sensitivi nella insorgenza dei disturbi che si manifestano nella pazzia, e menano allo studio delle cause psichiche e morali di essa. Per il patologo i fenomeni mentali non sono altro che manifestazioni della funzione di alcuni tessuti in seguito a varii stimoli; sono effetti e non cause e quindi non possono ritenersi fattori etiologici. L'organo della mente differisce dagli altri organi perchè in esso gl'impulsi afferenti hanno una grande importanza, sia nel formare gradatamente i suoi poteri funzionali specifici, sia stimolandoli ad essere attivi. La esatta reazione che uno stimolo sensitivo determina dipende sopratutto dai caratteri speciali che sono stati impressi sull'organo dall'esperienza e dall'esercizio.

d) *Disordini nutritivi delle cellule nervose.* La funzione dei neuroni corticali dipende assolutamente da una continua ed appropriata nutrizione. Essi poi sono molto sensibili all'azione di varii agenti chimici, difatti è noto come si perde subito la coscienza in seguito alla debolezza cardiaca, o dopo la inalazione di cloroformio, etere, ecc. o la ingestione di alcool, morfina ecc.

In due modi le sostanze chimiche trasportate dai vasi sanguigni ai neuroni corticali possono essere non confacienti alla loro nutrizione; e cioè 1° per deficienza di alcuni elementi del sangue che sono necessarii al loro normale metabolismo, come l'anemia per profusa emorragia, 2° per la presenza nel sangue di sostanze che sono emesse dalle cellule, cioè le tossine. Spesso però le cellule presentano in certi limiti un notevole potere di accomodazione, di modo che una sostanza la quale può da prima cagionare un certo disordine del metabolismo in seguito non lo produce più ; un

esempio è l'accomodamento che hanno le cellule nervose alla nicotina. Nella patogenesi della pazzia si possono distinguere fattori etiologici primarii o secondarii. Fra i primarii, non tossici, l'A. include: 1° i difetti insiti dell'organizzazione cerebrale, 2° le cause fisiche che ledono direttamente i neuroni corticali, 3° la deficienza dei materiali necessarii per il metabolismo delle cellule nervose, 4° gli stimoli sensitivi. In tutti gli altri casi, e sono la maggioranza, l'A. sostiene che il fattore etiologico primario è costituito dall'azione tossica; come pure in alcuni di questi casi il fattore determinante è rappresentato da una serie di stimoli sensitivi.

e) *Natura della Predisposizione alla pazzia* — La debolezza originaria dell'organizzazione cerebrale ha per base tre distinte condizioni. — In alcuni casi essa dipende da modificazioni strutturali prodotte da azione tossica durante la vita intra-uterina o nei primi tempi di quella extra-uterina, in tal modo essa è acquisita e non congenita. In altri casi è il prodotto dell'evoluzione ontogenetica, ed in altri dipende non da sviluppo difettoso, ma semplicemente da una speciale reattività delle cellule nervose che si trasmette da una generazione all'altra.

Quasi tutte le predisposizioni alla pazzia non dipendono da stato degenerativo, ma da quelle differenze individuali nelle qualità reattive delle cellule nervose alle varie forme di azione tossica. Queste differenze hanno molta importanza in patologia, e se ne notano non solo per le stesse tossine, ma anche nelle reazioni locali sulla stessa persona.

f) *L'azione delle tossine sulle cellule nervose può essere diretta* (come nelle varie forme di avvelenamenti sperimentali, nelle forme psicopatiche acute, ecc.) o *indiretta* (principalmente per alterazioni dei vasi nutritivi, che impediscono la normale nutrizione delle cellule nervose, come nella demenza senile e paralitica). L'A. ha dimostrato che i vasi dei centri nervosi hanno una struttura speciale che li espone ad essere lesi facilmente da alcune tossine.

I vari stati tossici che possono alterare le cellule nervose risultano:

1.° *da agenti tossici esogeni.* (alcool, piombo, arsenico, il veleno del maiz guasto, ecc.); probabilmente essi alterano da prima la nutrizione delle cellule nervose, agendo direttamente su di esse, ed in seguito per la tossiemia che producono;

2.° *da infezioni*, (sifilide, influenza, tubercolosi, malaria ecc.), che possono dar luogo ad una tossiemia secondaria.

3.° *da Auto-intossicazioni ed Auto-infezioni.* Gli agenti tossici possono provenire da quelle superficie del corpo che normalmente annidano batterii, come il tubo gastro-intestinale, le grosse vie respiratorie, la cute.

L'auto-intossicazione inoltre può dipendere da disordini funzionali di alcuni organi e tessuti.

Il tubo gastro-intestinale che contiene una grande varietà di micro-organismi é quindi sorgente di svariate tossine; la sua normale funzione dipende dalla integrità di numerose e complesse condizioni per la trasformazione dei materiali nutritivi e da una serie di mezzi difensivi contro i batterii. È a notare poi, in riguardo all'assorbimento delle tossine per mezzo del tubo intestinale che i tessuti nello stato normale hanno il potere di distruggere le tossine e di elaborare le antitossine. Quando nel tubo intestinale si avverano disturbi semplicemente funzionali oppure disturbi dei meccanismi difensivi, si formeranno allora sostanze di natura tossica che vengono poi assorbite.

L'A. ritiene che le varie forme di tossiemia di origine gastro-intestinale sieno i fattori principali di gran numero di morbi acuti e cronici, incluse alcune forme psicopatiche, (varie manifestazioni dell'arteriosclerosi, molti casi di pazzia senile, paralisi generale, atassia, demenza precoce, alcoolismo cronico, mania e melanconia acuta e cronica, morbo cronico di Bright, ecc.)

L'auto-intossicazione per disordine di organi interni è quasi sempre secondaria, e dipende da disturbi funzionali (per es. dei reni) per l'azione di tossine introdotte dall'esterno, come prodotti di infezioni primarie o secondarie, o elaborate nel canale gastro-enterico. Un'auto-intossicazione [dovuta a formazione di tossine speciali o a prodotti di difettosa escrezione) è probabilmente un fattore importante nella patogenesi di alcune forme di pazzia. Nel cervello stesso può insorgere un'autointossicazione; probabilmente nelle psicopatie per eccessivo lavoro mentale, mancanza di sonno ecc. il disordinato metabolismo delle cellule nervose è il risultato di un'autointossicazione locale e generale.

L'A. conchiude col ritenere che il fattore più importante nella patogenesi delle malattie mentali sia costituito dagli agenti tossici e che in molti casi la pazzia non sia un morbo primario del cervello, ma dipendente dall'azione di tossine prodotte altrove

che alterano la funzione delle cellule nervose corticali disordinando il loro metabolismo e spesso alterando o distruggendo molte di esse.

Galdi.

Vaschide et Vurpas — LES DONNÉES ANATOMIQUES ET EXPERIMENTALES SUR LA STRUCTURE DES HALLUCINATIONS — *Iournal de neurologie 5 Mars 1902.*

Il valore, che hanno gli organi sensoriali, sia periferici che centrali, nella produzione delle allucinazioni, può essere messo in evidenza con due metodi: con le *osservazioni anatomo-cliniche* e con le *esperienze fisiologiche*. Queste ultime possono essere comprovate subbiettivamente ed obbiettivamente con mezzi diversi, ed in particolare con la corrente elettrica. Con esperimenti fatti su sé stesso, Hoppè ha mostrato che al momento di addormentarsi nel guardare, per così dire, l'interno del suo occhio arrivava a provocare dei fantasmi, che si proiettavano all'esterno. Queste impressioni visuali d'origine endogena avrebbero presso a poco lo stesso meccanismo delle allucinazioni ipnagogiche. Per Happè le allucinazioni visive sono d'origine periferica, avendo come punto d'origine gli clementi anatomici intra-oculari. Tutte le allucinazioni hanno per origine l'organo sensoriale. Quando a queste impressioni si unisce il ragionamento si hanno delle percezioni deliranti. Secondo Ball delle impressioni sensoriali lungo tempo prolungate lasciano delle tracce persistenti che possono trasformarsi in vere allucinazioni. É così che Newton, dopo una delle sue esperienze sulla luce, fu perseguitato durante tutto il giorno dall'immagine dello spettro solare. I micrografi provano spesso di simili accidenti, che sono comuni a tutti gli osservatori, che affaticano gli occhi con istrumenti di precisione.

Gli esperimenti con la *corrente elettrica*, fatti da Konrad, sopra i nervi periferici sensoriali passivi d'allucinazioni, hanno mostrato che questi spesso presentano delle reazioni anormali. Su 20 malati, 12 hanno mostrato iperestesia da parte dell'acustico. Secondo Ball, come per l'udito e per la vista, così pure per gli altri sensi, vi ha delle allucinazioni elementari, come rumori,

fiamme, che possono essere provocate sia dalla corrente galvanica, sia da altri mezzi di eccitazione. L'esplorazione elettrica si fa nel modo seguente: l'uno dei reofori si applica sull'orecchio, l'altro su un punto qualunque della superficie cutanea. Negli individui con udito sano, quando la corrente è d'una intensità sufficiente, un rumore è percepito sia al momento che si apre il circuito, sia al momento che si chiude. Il fenomeno si produce al momento dell'apertura se il polo positivo è in rapporto coll'apparecchio dell'udito, al momento della chiusura se il polo è negativo. Queste ricerche sono state fatte da Jolly negli allucinati. Egli ha riscontrato che quasi tutti questi malati presentano una iperestesia del nervo acustico e presentano il fenomeno della *reazione paradossa*, cioè a dire che eccitando uno dei due orecchi il malato sente dei rumori anche dalla parte opposta. Il fatto più interessante che risulta da queste esperienze è che si può con l'aiuto di una corrente elettrica provocare delle vere allucinazioni dell'udito in individui che sono già predisposti ad accidenti di questa specie. Sotto l'influenza di queste eccitazioni i malati intendono non solamente dei ronzii, fischi, ma delle parole, delle frasi più o meno complicate, qualche volta delle preghiere o frammenti di poesia già da gran tempo dimenticate.

Con le osservazioni *anatomo-patologiche* si mostra chiaramente come un disturbo nell'apparecchio sensoriale periferico è sufficiente a provocare delle allucinazioni. Così le ulceri della cornea possono dar luogo ad allucinazioni spiccate della vista, le otiti catarrali ad allucinazioni auditive, ecc. E quando dalla periferia si va al centro si osservano sempre gli stessi fenomeni. Qui gli AA. fanno seguire numerosi e ricchi casi clinici dai quali risulta che le allucinazioni si possono generare per disturbi anatomo-patologici lungo tutto il tragitto degli organi dei sensi, dalla estremità periferica fino alle cellule corticali.

Fuori queste contingenze si può avere altresì che l'immaginazione piglia gran parte a produrre le allucinazioni. In questi casi l'immagine allucinatoria è localizzata nello spazio con tale intensità che si comporta come una immagine del tutto reale. Dei punti di ritrovo più o meno determinati possono formare il centro di sostegno. E nel caso di allucinazioni visuali l'immagine subisce le leggi ordinarie di riflessione e di rifrazione.

Sicchè per gli AA., ad onta di tutte le ipotesi e le conclusioni differenti che sostengono la genesi ed il meccanismo delle alluci-

nazioni, risulta: che modificazioni apportate alle condizioni normali, di percezione sensoriale possono essere la causa di allucinazioni: che sembra esservi parallelismo tra disturbi fisiologici e fenomeni allucinatorii: che parrebbe perentoriamente dimostrato che delle lesioni organiche sopraggiunte sia nel tragitto sensoriale, sia nei centri nervosi possono essere la causa prossima delle allucinazioni: e che infine ricorrono frequentemente numerose allucinazioni senza alcun disturbo anatomico o fisiologico apparente o poco apprezzabile con i comuni mezzi d'investigazione.

L. De Cesare.

Näcke — Ueber die sogennante Moral Insanity (Wiesbaden, 1902).

Il Näcke nega l'esistenza della pazzia morale come malattia autonoma, consistente in un difetto congenito etico con intelligenza normale o quasi e con forte tendenza ad azioni immorali. La psiche, egli nota, è fondamentalmente una: dalle sensazioni risultano le percezioni, da associazioni di queste le idee ed i concetti; ogni impressione, sensazione o stimolo è accompagnato da un senso di piacere o di dispiacere, e questo da uno sforzo di avvicinarvisi od allontanarvisi, donde i sentimenti e la volontà. Il senso morale non è, quindi, congenito, come non sono congenite le idee e la coscienza; la morale è qualche cosa di oscillante secondo i popoli, i tempi, le condizioni sociali, la cultura, il sesso, e perfino nello stesso individuo secondo lo stato psichico e corporeo. Si invoca a base della pazzia morale il carattere, il peculiare modo di reagire dell'individuo. Descrive l'A. le forme tipiche della pazzia morale, delle quali distingue due, quella attiva con tendenze, cioè, ad azioni immorali e quella passiva in cui predomina l'egoismo freddo che fa astenere il soggetto da qualsiasi azione morale, dimostra le infinite varietà di questi quadri psicopatici, dicendo che si possono raggruppare in 3 stati diversi: le imbecillità, le anomalie periodiche o cicliche dell'umore, la degenerazione psichica nel senso di Magnan. Il maggior numero va nella prima rubrica, giacchè anche quando l'intelligenza sembra normale, ad un esame accurato appare difettosa, e difetti intellettuali possono riscontrarsi negli altri

due gruppi. Combatte poi il ravvicinamento che fa il Lombroso dei pazzi morali coi fanciulli, dimostrando che non tutti i fanciulli sono vendicativi, crudeli, che se alcuni commettono azioni crudeli, è perchè non intendono p. es. il dolore che arrecano. Del pari lo stato psichico dei selvaggi è uno stato fisiologico dell'umanità, non patologico, e così combatte la teoria del delinquente nato, affermando che trattasi di degenerati che per circostanze esterne son tratti al delitto e in cui non vi è la necessità di delinquere; questa è sempre creata dall'ambiente. Partendo da queste basi stabilisce la diagnosi, la prognosi, il trattamento e la etiologia dei casi di così detti pazzia morale, insistendo sull'importanza dei fattori sociali di essa, ed in ultimo accenna all'importanza forense ammettendo in tutti la diminuzione della responsabilità, non solo ma considerandoli tutti insuscettibili di miglioramento col carcere, anzi peggioranti colla dimora in esso.

Inutile dire che ci siamo limitati alla parte di semplici rivistatori, senza entrare nel merito delle affermazioni del Näcke e senza discutere le sue opinioni.

G. Angiolella.

BIBLIOGRAFIE

F. Pietropaolo — Il Problema Psicologico — Positivismo e Parallelismo — *Nicastro-Tropea, 1902.*

Nel " Manicomio „ dello scorso anno abbiamo fatto cenno di tre Memorie del prof. Masci intorno al *Materialismo psicofisico*, ricordando fuggevolmente le varie e molteplici e profonde questioni in esse trattate.

Ora viene alla luce un libro del Pietropaolo, chiaro filosofo calabrese, che prende di mira le istesse questioni, critica le vedute del Masci, le accoglie in parte o le respinge. Mentre il primo trovava i fenomeni psichici e materiali, gli uni agli altri irreducibili e incommensurabili, benchè espressioni di una realtà unica: tanto che, sia nel fatto biologico, sia in quello cosmotellurico, vedeva continuarsi questa doppia serie, estrinsecantesi da una parte come moto, dall'altra lasciante supporre un lato interno, una intimità dinamica, un aspetto qualitativo, non riducibile al meccanismo, ed analogo per gradi ognora più semplici e depotenziati alla umana coscienza; il secondo trova le due serie bene riducibili ad un termine unico.

Il Pietropaolo fa osservare, che una conoscenza del fenomeno mentale dal lato interno è impossibile, impossibile penetrare questo aspetto intimo, qualitativo della realtà. La conoscenza noumenica è inaccessibile: tutto da noi si conosce per il lato esterno, descrivendolo obiettivamente e riducendolo a numero. L'A. non nega il carattere qualitativo differenziale del fenomeno cosciente rispetto a quello materiale, nè che il primo si caratterizzi per un processo unificatore, sintetico. Ma aggiunge: " La funzione unificante non è che un frammento di quell'energia centripeta, che dà vita e governo a tutti i fenomeni cosmici. Questa energia che il compianto Ferri chiamava unificatrice, non è una energia sui generis, non è un quid speciale all'uomo, ma è parte di quella medesima forza cosmica, che dà origine a tutti i sistemi solari, e che è riconosciuta da

Newton in poi, col nome di gravitazione universale... [pag. 111]. — Ma non posso ammettere che il *reale uno* sia da principio elemento materiale ed elemento psichico. Forse sarà tale; è anche possibile che sia tale, ma può essere anche diversamente.... Limitando quindi le affermazioni speculative alla portata dell' esperienza, io dico *indistinto* il reale uno, perchè mancano assolutamente le condizioni sperimentali per poterlo distinguere, definire e determinare nella sua natura intima. Questo indistinto ci apparisce soltanto come *forza unica*, che va gradatamente differenziandosi: ci apparisce come *infinito generante*, il cui primo distinto, o la cui prima generazione non è che la nebulosa, visibile ad occhio nudo [pag. 112 — 113] „ — E più appresso l' A. dice: " gli elementi fisico-chimici sono trasformati in elementi psicologici per la sola ed unica ragione scientifica della *speciale costituzione della materia organica*..... Il problema del parallelismo è risoluto nel senso della unificazione delle due serie in un *unico principio dinamico*, che si svolge ed espande indefinitamente, determinandosi eterogeneamente secondo i varî organi che lo manifestano. La Natura viene così a costituire una continua ed infinita catena dinamica, che non resta interrotta, quando si perviene al fenomeno psichico, ma continua perennemente nella sua infinita manifestazione. E chi sa quante altre e più maravigliose manifestazioni non sia essa destinata ancora ad offrirci nell'immenso circuito dell' Infinito? (pag. 144) » — L' A. da questo punto di vista critica la distinzione del Masci in *Io formale* e *storico*, le indagini di quest' ultimo sulla natura dell' *Inconscio*, ed altri punti sostanziali — In verità non è compito mio al presente entrare fra questi indirizzi diversi, elaborati da due poderosi intelletti: non ne avrei la competenza, nè l' agio; quantunque mi prometta in lavori posteriori di toccare, alla men peggio, qua e là [siccome ho fatto in antecedenza] alcuni punti di questi formidabili problemi. Fo osservare soltanto, che i due pensatori espongono vedute assai complesse. l'uno partendo dal dualismo, che profondamente critica, corregge, amplifica alla sorgente delle altre teorie filosofiche e

della esperienza; l'altro move dal materialismo e dal positivismo meccanico verso una concezione più compiuta della realtà: ambedue si vengono incontro, ed ambedue ammettono una realtà noumenica, *analoga alla psiche* per il Masci, *energia* indistinta per il Pietropaolo. Come ho richiamato l'attenzione degli studiosi di psicologia sulle bellissime memorie del primo; così la richiamo sul non meno importante libro dell'altro.

La polemica vi è cortese, nobile, poichè si accompagna, nonostante le divergenze, a stima ed ammirazione.

La patologia può a tali questioni portare un notevole contributo: necessita quindi, che queste opere, le quali tanto onorano l'ingegno italiano, non passino da noi misconosciute e sieno lungamente meditate.

Del Greco.

G. Pieraccini — La morfologia del sangue nelle nefriti — *Editore Nicolai; 1901, Firenze* — Un vol. di pag. 300.

È uno studio clinico sperimentale importantissimo sulla morfologia del sangue nelle diverse forme di alterazione renale; è ricco di casistica e di rilievi e considerazioni scientifico - pratiche. Il lavoro può interessare anche i pratici, interesserà certamente i clinici, ed ha pure un lato che merita esser conosciuto dai neuropatologi.

Dallo insieme dei fatti e delle considerazioni che fa l'A., apparisce manifesto che il contegno delle cellule eosinofile in un ammalato di nefrite, può essere di valido aiuto per stabilire se esiste una intossicazione sanguigna e giudicare anche del grado di questa. I leucociti eosi-

nofili circolanti nel torrente sanguigno [2 — 4 0[0 in condizioni normali] si trovano in una proporzione che sta in ragione inversa al grado di intossicazione emorenale. Si ha la scomparsa assoluta delle eosinofile circolanti quando si sono raggiunte condizioni di grave avvelenamento; ciò appunto si osserva nella uremia tanto allo stato di potenzialità o di latenza, come nell' uremia in atto [stato convulsivo, stato comatoso, pre-e post-convulsivo, equivalenti uremici &.].

In istati morbosi analoghi od affini a quelli uremici come la epilessia essenziale, la epilessia secondaria a lesioni materiali del cervello, attacchi isterici, coma epilettico, coma apoplettico, alcoolismo acuto con o senza coma e via dicendo, non accompagnati ad intossicazione d' origine renale, i leucociti eosinofili non alterano le loro ordinarie percentuali.

È in questo rapporto fra i diversi quadri sintomatici ed il diverso contegno delle eosinofile che l' A. riconosce un importante sintoma di diagnosi differenziale.

Non v' ha dubbio che l' argomento è del più alto interesse e merita di essere studiato e controllato.

G. Angelucci.

Bianchi — Trattato di psichiatria ad uso dei medici e degli studenti — *Napoli, 1902. Parte II.*

L' attenzione e l' aspettativa di cui era ed è oggetto nell' ambiente alienistico sopratutto italiano il seguito del trattato del prof. Bianchi, della prima parte del quale tenne parola un nostro redattore in altro numero di questo periodico, sono state, per non dir superate, certo soddisfatte da questa seconda parte. In essa il

Bianchi, seguendo il sistema che egli adopera nel suo insegnamento, ci da la semiotica psichiatrica, o, meglio la patologia generale della psiche; e poichè non si può parlare delle alterazioni patologiche di una qualsiasi funzione senza che ne sieno conosciute le relative condizioni fisiologiche, e d'altra parte manca nelle nostre Università un insegnamento di Psicologia normale, l'A. sente il bisogno, e vi soddisfa ampiamente, di preporre allo studio del modo come nelle psicopatie si altera una data funzionalità psichica, delle nozioni circa l'essenza stessa di questa facoltà, le sue manifestazioni, i suoi metodi di studio, e simili. Sicchè questa seconda parte, che è un volume di più di 200 pagine, risulta di tanti capitoli che possono considerarsi come altrettante monografie sulla percezione, sull'attenzione, sulla memoria, sulla ideazione, sulle emozioni e sentimenti, sulla volontà, sulla coscienza, applicando allo studio di queste i portati, utilizzabili allo stato attuale della scienza, delle conoscenze di anatomo-fisiologia cerebrale e nervosa esposte nella 1ª parte, riassumendo quanto su di esse risulta dai moderni studi e dai moderni metodi di indagine psicologica, quanto, infine, riceve applicazione in psicopatologia ed è utile e necessario sia appreso da chi vuol progredire nella conoscenza delle malattie mentali. Mentre, quindi, il Bianchi dà prova di saper assurgere, dallo studio morfologico, a quello psicologico ed alle quistioni più elevate, talvolta perfino metafisiche, come quella p. es. del libero arbitrio, quistioni che egli risolve coi criterî della psicologia positiva, d'altro canto anche perchè espone con stile elevato e scorrevole nel tempo stesso, talvolta metaforico e perfino poetico, ha fatto opera sommamente proficua alla cultura psichiatrica e rende maggiore il desiderio della parte più importante del libro, la psichiatria, dirò così, speciale, lo studio delle singole forme psicopatiche.

G. Angiolella.

D' Abundo — Atrofie cerebrali sperimentali [*dal volume per le onoranze al prof. Tomaselli*].

Importante lavoro sperimentale, ricco di fatti e denso d'idee, in cui l'A. riesce ad ottenere bellissimi esempi di emiatrofie ed atrofie parziali del cervello, con l'orientamento speciale delle circonvoluzioni, proprio dei cervelli porencefalici.

Tre osservazioni cliniche personali, coi reperti anatomo-patologici, dimostrano la grande importanza che le infezioni assumono sullo sviluppo del sistema nervoso nei primi tempi della vita extrauterina, non che l'attività compensatrice che il cervello è in grado di esplicare.

Con l'asportazione di porzioni più o meno grandi e profonde di corteccia, o con lesioni meningee, in animali appena nati [cani, gatti], l'A. è riuscito a riprodurre sperimentalmente delle lesioni affatto simili a quelle che si osservano in seguito a cause morbose [infettivo-tossiche] agenti nell'uomo nei primi mesi della vita extrauterina, prendendo come punto di partenza il concetto che la distruzione o l'arresto di sviluppo di un'area cerebrale sia dovuta all'azione di tali cause morbose o direttamente sugli elementi nervosi, o indirettamente sui vasi sanguigni destinati alla loro nutrizione.

Gli esperienti sono divisi in 4 serie. Nella 1.ª vengono praticate ablazioni molto superficiali e limitate di corteccia in canini e gattini nati da 12 a 20 ore. Dopo tre mesi di vita, l'autopsia degli animali sacrificati, non dimostrò modificazioni nell'orientamento delle circonvoluzioni, nessuna aderenza della dura madre, nè ipotrofismo nell'emisfero leso. A questi animali fu somministrato per 12 giorni dell'alcool, e 3 di essi [su 8] manifestarono qualche accesso convulsivo epilettico.

Nella 2.ª serie si fanno ablazioni corticali più profonde, fino alla sostanza bianca, varie di estensione e di sede. Si potè notare all'autopsia: orientamento delle circonvoluzioni verso il punto leso [riuscitissime tipo —

fotografie dimostrative], limitato ipotrofismo, o vera emiatrofia dell'emisfero leso, leggiera o spiccata ipertrofia delle regioni omonime nell'emisfero sano, lieve atrofia crociata cerebellare, ipotrofia del ponte e della piramide, idrocefalo subaracnoideo, non idrocefalo ventricolare. Atrofia del cranio corrispondente a quella cerebrale. La somministrazione di alcool determinò nella più parte di questi animali accessi convulsivi.

Nella 3.ª serie, per eliminare possibili dubbi sulla influenza della pressione endocranica, si praticarono ablazioni limitate ed asportazione di una porzione di cranio dell'emisfero leso. All'autopsia, tranne delle aderenze qui manifestatesi, i risultati furono simili a quelli della 2.ª serie.

Nella 4.ª serie, a lesioni corticali limitatissime e superficiali si associava asportazione di metà della volta cranica. Il risultato fu conforme ai precedenti. In un caso, nei punti lesi si determinarono delle limitate cisti. In un altro, l'emisfero leso si mostrò ingrandito, il sano impicciolito [atrofia da macrocefalia].

I gattini operati si dimostrarono apatici, ma più irritabili e più impulsivi di quelli sani, di controllo. Nella motilità potevasi notare leggiera paresi spastica. Ipotrofia generale del corpo. Anche l'asportazione di una parte del cranio con la dura madre, con limitatissime lesioni, bastò a determinare classica emiatrofia, senza idrocefalo ventricolare. Ciò, mentre esclude l'intervento dell'aumentata pressione da parte del liquido cefalo-rachidiano, mette in luce la probabile funzione della dura madre sulla produzione del detto liquido.

Riguardo al concetto di *porencefalia*, basta per essa l'anormale disposizione e l'orientamento raggiato delle circonvoluzioni verso il punto leso, poco importando la presenza o no del *poro*, ch'è questione di semplice profondità della lesione; non esiste quindi la pseudo-porencefalia.

La compensazione anatomica si determina specialmente ove avvenga la lesione della zona motrice, e non quando sono lese le aree associative, specialmente frontali.

Gli accessi epilettici sotto l'influenza dell'alcool in-

ducono l'A. ad una ipotesi sulla patogenesi dell'epilessia: che microscopiche aree corticali sottratte alla evoluzione e alla normale funzionalità, da svariate cause, rimanendo punti non funzionanti, rappresentino *l'attitudine convulsiva organica*, che molteplici cause, tossiche a preferenza, metterebbero poi in evidenza.

Lo sviluppo cranico deficiente associato all'emiatrofia dà rilievo all'importanza delle note antropologiche nella clinica e nella criminologia.

Esposito.

A. De Tilla — STUDII DI PSICOPATOLOGIA CRIMINALE — *Napoli, 1901.*

La civiltà di un popolo progredisce e si perfeziona a misura che la scienza si avanza nelle sue conquiste, ma mentre questa corre veloce, quella la segue a passi lenti.

In Italia, auspice il genio del Lombroso, è sorta in men di un quarto di secolo, una nuova scienza «l'Antropologia criminale», la quale mercè gli studii di valorosi cultori, quali il Ferri, il Garofalo, e tanti altri, ha preso un posto ben definito nell'umano sapere, costituendo la Scuola Positiva Italiana del diritto penale.

E' doloroso però l'osservare come l'Italia, culla e sede di questa nuova scienza, sia stata poi quella fra tutte le nazioni civili che nell'ordinamento sociale poco o nulla si è interessata di rendere pratiche le più importanti teorie da essa bandite.

E' vero che da varii anni è stata abolita la pena di morte e che si sono costruiti alcuni manicomii giudiziarii, ma non si è andati più oltre ed in generale le classi colte e studiose sono ancora tetragone nell'accettare le nuove vedute dell'Antropologia e Sociologia Criminale.

Se per poco si assiste ad un pubblico dibattimento in Corte di Assise, si nota subito come i periti psichiatrici sieno guardati con occhi sospettosi e diffidenti, poco si crede ai loro responsi e quasi quasi si ritiene che essi di accordo con i difensori vogliano salvare dalla galera i più volgari malfattori.

Il vedere, quindi, come nell'ora presente molti giovani, specialmente avvocati e magistrati, si dedichino con intelletto d'amore allo studio dell'Antropologia e Sociologia Criminale, conforta a bene sperare per l'avvenire. La società allora non condannerà più alla ghigliottina, alla sedia elettrica o all'ergastolo dei degenerati, anomali o pazzi, irresponsabili dei loro delitti, ma li allontanerà da essa, custodendoli ed assistendoli con tutti quei mezzi che la scienza le detterà, e così la Giustizia trionferà veramente.

Fra questa nobile schiera di giovani studiosi può bene collocarsi anche il De Tilla. Egli sotto il titolo di « Studii di Psicopatologia Criminale » ha riunite in volume due monografie pubblicate alcuni anni fa.

Nella prima « Ipnosi e Delitto », dopo aver esposta con molta chiarezza la storia del Magnetismo e dell'Ipnotismo, ne descrive i vari fenomeni ed il modo di provocarli; studia poi la suggestione nel sonno naturale ed in quello ipnotico, le suggestioni mentali, quelle immorali e delittuose e ne discute la importanza nelle scienze, nel diritto civile ed in quello penale.

Nella seconda « Isterismo e Delitto » espone da prima i molteplici disturbi nervosi e mentali di questa nevrosi, ne discute poi le sue conseguenze nel diritto civile e penale, soffermandosi sulle simulazioni, le vendette, le calunnie, i furti ed i delitti delle isteriche e sulla loro responsabilità.

Non potendo diffonderci in un minuto esame di questi lavori per mostrarne l'importanza ed i pregi, riportiamo qui la conclusione che l'A. ha messo in fine del suo libro, dalla quale risulta chiaro come egli si dimostri un appassionato cultore e sostenitore della nuova scienza criminologica.

« Lo studio del delinquente di cui bisogna esser grati alla scuola antropologica, quanto più sarà progredito tanto meglio ci persuaderà, che molte prigioni si dovranno chiudere ed altrettante case di salute dovranno sostituirle. »

Galdi.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 7,00
	Estero	» 9,00

Un numero separato . . . . » 3,00

L' annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.